Anno XXVI N. 1

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTO DAL

PROF. DOMENICO VENTRA

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DA TUTTI I MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE
TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1910.

INDICE

Memorie Originali

TOMASINI — Le demenze originarie (*dementia praecox di Kraepelin*) . . . . pag. 1
VALTORTA — Prodromi di eccitamenti catatonici . . . . » 19
LEVI BIANCHINI — Sulla teoria della diaschisi (di V. Monakow) (con tavola) . . . . » 33
DEL GRECO — Il maggior capitolo dell' Antropologia criminale » 43
VALTORTA — L' elemento individuale in accessi psicopatici da intossicazione alcoolica . . . . » 57
FRONDA — Un caso di degenerazione con pervertimenti sessuali » 111

LEVI BIANCHINI — Rivista sintetica . . . . . . » 117

/

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. DOMENICO VENTRA

LE DEMENZE ORIGINARIE

(DEMENTIA PRAECOX DI KRAEPELIN)

STUDIO

DEL

DOTT. S. TOMASINI

Primario

—

NOTA I.

Concezione storica e terminologia della demenza precoce.

È stato da vari autori ricordato con HECKER che una delle ragioni della confusione di linguaggio, specialmente in Psichiatria, risiede nell'identificare il concetto di *stato morboso* con quello di *processo morboso*.

È questo il merito maggiore di EMILIO KRAEPELIN, il dotto Maestro di Heidelberg e di MONACO, che, nel momento in cui gli alienisti, specialmente tedeschi, seguiti dagli italiani, si affannavano a classificare gli stati psicopatici, dopo un lavoro analitico dei più intensi, durato vari lustri, ha potuto, seguendo un metodo prettamente clinico, raggruppare certi stati morbosi, dandoci delle entità cliniche determinate.

---

(1) In questo studio critico e clinico sono esposte delle idee personali: il Prof. Ventra, esimio Direttore del Manicomio e di questo Giornale, lascia libertà di pensiero: le vedute qui espresse, qualunque esse siano, qualsiasi importanza possano avere, oggi che si fa del nazionalismo e magari del regionalismo anche nella Scienza, non debbono essere prese come indirizzo di un Istituto o di una Scuola.

Lugaro ha bellamente scritto: « la tendenza a distinguere, a cer-
« care l'ordine e la legge, ove un esame superficiale non sa trovare
« che un apparente disordine .... è tendenza progressiva; regressiva
« è invece quella che si adagia nella comoda formula dell'indistinto,
« del diffuso e dell'inestricabile, e mira a disconoscere le conquiste
« di pazienti ed oculate indagini.

Queste parole ho voluto riportare, oggi che il Lugaro appartiene alla forte schiera degli oppositori di Kraepelin, perchè le più adatte ad indicare quale progresso abbiano potuto portare le pazienti ed oculate indagini di quest'ultimo.

La storia delle classificazioni in Medicina mentale è abbastanza nota, specialmente dopo la minuziosa e diligente relazione fattane dal De Sanctis al Congresso di Ancona nel 1901, nè sto io qui a ripeterne i concetti direttivi, nè le varie modalità. Anche da quella relazione si rileva un fatto incontrastabile: la ricerca affannosa per denominare gli stati psicopatici, tanto che, fino allo stesso Kraepelin, era notato come dannosa questa esuberanza di gruppi sintomatici più o meno bene delineati.

L'abuso del metodo descrittivo condusse alla creazione di un numero infinito di sindromi diverse, di un numero più infinito ancora di denominazioni e di sinonimie. Urgeva quindi un riparo contro il fatalismo del fattore individuale, che aveva invaso e dominava il campo della psichiatria.

L'ideale della Clinica, come ben faceva osservare il De Sanctis, è appunto quello di *scoprire caratteri comuni laddove non sembrano che dominare differenze;* e, a furia di comparazione di quei caratteri comuni con le comuni modificazioni morfologiche, arrivare alla determinazione delle entità morbose.

Nello stato attuale della Psichiatria un criterio unico, esatto di classificazione non si può avere; anzi nel momento storico attuale di essa non è possibile avere una conoscenza esatta delle malattie mentali, se non sono aggruppate *clinicamente*, nel senso lato della parola.

I casi clinici, cioè, debbono essere considerati nel loro prodromi, nel loro decorso, dal principio alla fine della malattia; nel modo di iniziarsi dei sintomi e nel modo di avvicendarsi, di susseguirsi, di modificarsi; nelle alterazioni funzionali ed anatomiche che portano all'organismo, nell'esito e quindi nel giudizio prognostico, che se ne può

ricavare; è allora, considerando l' intero decorso sintomatologico, a cui si aggiunge l'esito, come uno dei sintomi più caratteristici, è allora che si può distinguere l'essenziale dall'accessorio, e non si dà eccessiva importanza ad un sintoma fugace, ad un segno comune ad altre forme morbose.

L' ha scritto KRAEPELIN stesso nella sua introduzione alla 6ª edizione del Trattato di Psichiatria· *è soltanto* (e lo prova l'esempio della Paralisi generale) *il quadro d' insieme di un caso determinato seguito nella sua evoluzione, dal principio alla fine della malattia, che può fornire gli elementi necessari per permettere di classificarlo con fatti analoghi.*

Così soltanto è possibile una esatta diagnosi, che, secondo l'aforisma noto di Guido BACCELLI, è la sovrana potenza del pratico.

Le ragioni sono note: su nessun criterio possiamo fondare una classificazione. Non sul criterio anatomico: poichè i risultati ultimi ci insegnano che le alterazioni delle cellule, dimostrabili nei singoli processi patologici non sono espressione del disturbo funzionale, ma denotano specialmente le alterazioni del bilancio organico materiale, causato dalle singole azioni nocive. Ed è errore il credere che, localizzata la malattia, ne conosciamo già il meccanismo genetico, poichè in biologia il concetto di causalità è sempre relativo.

In Psichiatria, poi, di qualche malattia soltanto conosciamo l'anatomia patologica specifica; delle altre nulla ci ha rilevato l'istologia e la citologia patologica.

Non è possibile fondare una classificazione sul criterio etiologico, perchè tutte le malattie possono insorgere per uno dei fattori invocati dall'etiologia; v'ha di più, insorgono anche senza di esse: poichè ciò che noi siam soliti chiamare causa non è veramente che una parte della cagione, come dice AUGUSTO MURRI; e non si può ammettere la denominazione etiologica se la specificità non è del tutto dimostrata.

Nè gli altri criteri tassinomici, come quello sintomatologico, sono sufficienti per una classificazione: poichè chi si è servito di questo criterio in Psichiatria, ha aumentato il confusionismo esistente.

Rimane il criterio prognostico, a cui il KRAEPELIN cominciò a dare una grande importanza; ma da solo esso non può bastare; era necessario unirlo al sintomatologico, non nel senso, che sopra ho detto, della descrizione dei sintomi, ma delle riunioni in gruppi di sintomi, di sindromi.

È forse dall'unione di questi due criteri in uno solo, che il De Sanctis dice criterio clinico, e che Morselli invocava come criterio evolutivo o sincretico, che può benissimo sorgere il vero criterio nosologico.

Io non credo che il Kraepelin abbia scelto soltanto il criterio pronostico nella sua classificazione e denominazione delle malattie mentali, come vanno scrivendo gli oppositori delle sue idee, ma che lo abbia associato a quello sintomatologico o meglio sindromico, creando così in Medicina mentale il criterio veramente nosologico.

Il Kraepelin infatti al Congresso di Heidelberg così conchiudeva il suo discorso: « io per parte mia ho la ferma persuasione che a noi « urge renderci possibile una esatta analisi dei singoli sintomi, non « solo nel campo della funzione motoria, ma in quello dell'appercezione, « della memoria, dell'associazione delle idee, del movimento del pensiero « ec. se noi vogliamo perfezionare la nostra arte diagnostica.

Il metodo clinico, così inteso, è stato adoperato dal Kahlbaum, che può dirsi il fondatore della Psichiatria clinica: ed è il suo pensiero che rivive nell'opera di Emilio Kraepelin, che si può dire il vero e il solo continuatore delle idee del Kahlbaum, delle quali il Morselli, altro campione della schiera oppositrice all'invadenza delle nuove idee Kraepeliniane, scrisse: « più cresce la mia esperienza e « più veggo la profondità e il valore delle vedute di Kahlbaum, che « forse ha anticipato di molti anni i futuri progressi della patologia « mentale (1). »

E si badi che non soltanto in Italia questo concetto venne emesso e discusso, poichè anche in Francia Falret padre ha insistito sull'importanza nosologica del cammino delle malattie mentali; e Magnan, nella sua classificazione del 1882, diè un'importanza capitale all'evoluzione morbosa delle psicosi.

È a questo metodo clinico che in Italia il Morselli e la sua scuola oggi addebitano la fortuna della concezione Kraepeliana, e ne rivendicano la priorità.

« Il punto più importante del metodo clinico di Kraepelin consiste

(1) Morselli — Note al Trattato di Medicina di Ballet Vol. VI. p. 36.

« nel dare grandissima e decisiva importanza al criterio storico ge-
« netico nella diagnosi » scrive di recente il PASTORE (1).

Questa importanza, del resto, già gli era stata riconosciuta dal MORSELLI sin dal 1882 nel suo « Il metodo clinico nella diagnosi generale della pazzia » e poi ancora nella memoria pubblicata con BUCCOLA: « Contributo clinico alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva ». Ed il PASTORE melanconicamente soggiunge: « è vero che MORSELLI tutto questo aveva ripetutamente stampato, ma chi applicava nella pratica psichiatrica questi concetti? I concetti semplicissimi del MORSELLI non erano dai psichiatri applicati, altrimenti siamo certi che quanto forma ora l'orgoglio della scuola Kraepeliana l'avere scoperto, sarebbe stato riconosciuto già prima dalle gloriose scuole di Francia e d'Italia.

Ora mi si permetta l'osservare l'inutilità di questi lagni postumi, che nulla tolgono al valore intrinseco della sintesi Kraepeliana, e molto meno di gloria al Maestro di Heidelberg.

L'avere descritto i vari metodi clinici, che si dovrebbero adoperare per l'esame di un ammalato di mente, e dare a ciascuno il relativo valore, prendendo a simiglianza i metodi usati in Clinica generale, non significa metter la base e costruire tutta una nuova nosografia. Gli psichiatri italiani dal 1882, in cui il MORSELLI pubblicò l'aureo suo libro di semiotica, fino a quando il KRAEPELIN cominciò a dare grande importanza ai suoi concetti clinici, avevano ben altro da fare che ascoltare quei savi consigli di metodo, quando non l'applicava lo stesso MORSELLI o alcuno della sua scuola, tanto che la classificazione stessa del MORSELLI è tutt'altro che applicata sul concetto Kraepeliano.

E come spiega poi PASTORE queste parole con l'opposizione che i clinici italiani, compresa la scuola di Genova, alla quale appartiene, fanno alle concezioni di KRAEPELIN?

Non ostante queste rivendicazioni, che possono indicare l'intuito del pensiero italiano, rimane intero l'onore della scuola Kraepeliana, di aver dato alla Psichiatria un indirizzo prettamente nuovo e fecondo di progresso.

---

(1) ALBINO PASTORE — **Il valore vero dell'opera di KRAEPELIN — Il Manicomio 1907 n. 3, vol. XXIII.**

Infatti, mentre prima del 700 le malattie mentali erano ristrette a poche forme morbose; nel secolo XIX crebbero grandemente di numero, essendosene descritte delle nuove, che, più tardi, all'osservazione del clinico di HEIDELBERG, mente sintetica, parvero sindromi, le quali potevano essere comprese in quadri nosologici diversi; mentre molte forme cliniche distinte potevano essere riunite, perchè simili per l'etiologia, pel decorso, per i sintomi, per la prognosi. Fu così che si ebbero numerose classificazioni, alle volte abbastanza lunghe, come quelle di MORSELLI, di KRAFFT-EBING, e specialmente quella di WERNICKE, le quali non potevano incontrare il favore dei psichiatri, e specialmente quello dei medici di Manicomi, i quali avevano dei diritti da reclamare per la loro pratica giornaliera.

Per KRAEPELIN, dunque, è soltanto il quadro d'insieme della malattia, seguita in tutta la sua evoluzione, dal principio alla fine, che può fornirci gli elementi necessarî per classificarla. Con ciò il KRAEPELIN, per mezzo del suo metodo veramente e schiettamente clinico, tende a ridurre le forme mentali a pochi tipi, liberando la Psichiatria da tutte quelle infinite sindromi, che tuttora la rendono confusa.

Così ha creato la *demenza precoce*, riunendo sotto questa denominazione generale tutte le forme ebefreniche, catatoniche, allucinatorie e deliranti dell'adolescenza e della giovinezza.

E nel nome di un sano indirizzo clinico le idee di KRAEPELIN sono state divulgate, suscitando, specialmente in Italia, aspre polemiche e favore grande.

Fu la reazione, in gran parte giustificata, afferma il DE SANCTIS, verso lo sminuzzamento di quadri morbosi, verso il caos e l'eccletismo da qualche tempo imperante nella Psichiatria clinica.

E la fortuna arrise alle idee del KRAEPELIN, perchè si sentì imperioso il bisogno di semplificare.

Ciò non ostante v'è sempre chi ritorna, anche a proposito della concezione Kraepeliana, all'idea dell'individualismo, che pare quasi abbandonata anche dalla scuola psicologica francese, dalla quale deriva, e che tanto confusionismo portò nella Psichiatria.

Ma per quanto esistano dei psicologi e filosofi spiritualisti, che hanno sollevato le armi contro lo sperimentalismo e contro le conclusioni del positivismo, dando luogo ad un dannoso neoidealismo, pure quello domina sempre nella scienza, non potendo le idee personali, per

quanto derivate da un sillogismo logico, avere la forza di distruggere fatti e fenomeni: il determinismo di CLAUDIO BERNARD, non ostante il suo secolo di vita, è in auge, perchè risponde al vero scientifico.

È per questo che non posso accettare le idee espresse dal DEL GRECO sulla sintesi clinica di KRAEPELIN. Egli afferma che KRAEPELIN, al quale fa il torto di avere moltiplicato le sindromi psico-patologiche, muova dalla scuola psicologica o dalla scuola psichiatrica, cioè dalla dottrina spiritualista e discende alla clinica pura, cioè all' empirismo. Egli sostiene che nessuna utilità si ricava quindi dalla concezione kraepeliana e scrive: « l' empirismo è infecondo e inevi- « tabilmente dall' empirismo si va alle dottrine e da queste all' al- « tro. » Egli in un punto si ricorda però che il criterio clinico Kraepeliano, si fonda anche sul pronostico, e giustamente osserva che il criterio pronostico è criterio clinico per eccellenza, perchè indica il ciclo e lo sviluppo di una totalità morbosa.

Ma siccome in Psichiatria, afferma poi il DEL GRECO, il ciclo morboso si avvicina e si confonde con il ciclo antropologico individuale, con il percorso che le età della vita assegnano a qualsiasi normale natura, ed essendo le psicopatie, fra le malattie tutte, le più individualizzate, dal ciclo morboso meno definito, distinto, il criterio pronostico ha minor valore in clinica mentale che in qualche altro ramo della Medicina. Così la sintesi di KRAEPELIN sta contro un' obiezione fondamentale, una obiezione di metodo: è soltanto sintomatologica! (1).

Ora io non credo esatti questi concetti e queste conclusioni così assiomatiche di DEL GRECO: la scuola Kraepeliana non discende da una scuola particolare, come a qualunque costo vogliono gli oppositori, da TANZI e LUGARO a DEL GRECO, sia essa la psicologica o la sintomatologica e molto meno da una dottrina spiritualista: l' opera di KRAEPELIN sta tutta nell' avere aggruppato sindromi differenti, già costituite, sintomatologicamente definite, accettate da gran parte di alienisti, con criteri clinici scientifici, e non empirici, poichè la clinica oggi non è empirismo, secondo l' affermazione di DEL GRECO.

La concezione kraepeliniana della Demenza precoce ha trovato

---

(1) FR. DEL GRECO — La sintesi clinica di E. KRAEPELIN dal punto di vista della Storia della Medicina. Atti del XIII Congresso della Soc. Freniatr. ital. Venezia 1907 — il Manicomio, anno XXIII n. 3.

forte opposizione nei maestri italiani di Psichiatria: si può dire che la scuola ufficiale ha opposto il suo veto all'introduzione di questa entità clinica; la quale accettata da pochi valorosi giovani alienisti è stata difesa strenuamente, tanto da penetrare nella maggior parte dei Manicomi. Anche non volendo, oggi si fa diagnosi di Demenza precoce, se ne studia la complessa fenomenologia là dove meno si crede, là dove ha trovato gli oppositori più sistematici.

Per questo uno studioso, che non si ferma ai criteri direttivi di una scuola, per quanto riverente delle dottrine di un LOMBROSO, la mente più geniale della Psichiatria italiana, capace di assimilare e svolgere le arditezze del nuovo, non può sottoscrivere il severo giudizio. LOMBROSO ha, secondo me erroneamente, chiamata la Demenza precoce un enorme pasticcio clinico, in cui i pseudoclinici finiscono di cacciare assieme quasi tutti i dementi, quasi tutti i paranoici, quasi tutti gli alienati (1).

E neanche sottoscrivo alla frase di un altro Maestro del classicismo psichiatrico, il TAMBURINI, che la Demenza precoce sia il grande calderone della Psichiatria (2).

È stato facile essere seguiti in questa via di affermazioni e di esclusivismo, senza dimostrazioni.

Così TANZI, che pure pel primo in Italia ammise nel suo pregevole Trattato di Psichiatria la demenza precoce, è portato a combattere aspramente il criterio clinico del KRAEPELIN.

Egli così si espresse recentemente al Congresso di Neurologia di Genova nel 1909; « La scuola del KRAEPELIN non sa staccarsi dalla sintomatologia. Chi studia le malattie mentali dal punto di vista psicologico, prescindendo dalle cause che precedono il fenomeno subiettivo, cause fisiche e psichiche, e così pure dalle lesioni anatomiche, che ne sono l'effetto, insomma da ciò che sta al di qua e al di là delle manifestazioni morbose e prettamente psichiche, che costituiscono l'essenza delle malattie mentali, chi studia così limitatamente la Psichiatria svolge la propria attività in due sole dimensioni; quella della sindrome e quella del decorso. Bisogna cimentarsi ad altre direzioni. L'accantonarsi nella psichiatria sintomatologica ha dato luogo ad inconvenienti

---

(1) Archivio di Psichiatria e Antropologia criminale. Torino, 1909.
(2) XIII Congresso della Società Freniatrica italiana. Venezia, 1909.

assai visibili. Ne accenno due: un fatto particolare, un fatto generale. Il fatto particolare è la cagione delle pseudo allucinazioni che non solo restano indimostrabili, ma anche impensabili a chi non le guardi dal punto di vista della localizzazione e dell'anatomia. Il fatto generale: l'incertezza perenne su ciò che forma il quesito più importante per la pura psichiatria: cioè sulla priorità tra i due fenomeni morbosi essenziali di quasi tutte le psicosi, quelli dell'attività e quelli dell'intelligenza in senso stretto. Donde sorgono i quesiti dell'esistenza di una demenza secondaria e di una demenza primaria e gli eterni dibattiti sui confini tra i due concetti di frenosi maniaco-depressiva e demenza precoce. Finchè tra questa incertezza non interverrà un criterio estraneo alla sintomatologia e da attingersi all'etiologia o all'anatomia patologica non v'è da sperare di raggiungere una soluzione.

L'essere rimaste queste critiche alla concezione Kraepeliniana senza risposta nel Congresso di Nevrologia di Genova non significa che siano state accolte: il criterio etiologico e le dimostrazioni anatomiche sono anch'essi criterii unilaterali, come la sintomatologia, e del resto, per quanto numerosi e importanti i lavori di citologia e d'istologia patologica, pure nessun criterio hanno potuto ancora dare per una classificazione.

Ed in queste idee Lugaro segue Tanzi, suo maestro.

Egli crede di combattere il criterio Kraepeliano riferendo le vicende delle diagnosi di demenza precoce e di psicosi maniaco-depressiva, le quali hanno avuto notevoli oscillazioni nella frequenza anche nella clinica di Heidelberg dal 1892 al 1907, sicchè si sono dovute rettificare nel decorso delle malattie molte diagnosi.

Noi riteniamo che ancora non si sono riuniti i segni di diagnosi differenziali, ed appunto a questo mira lo studio continuo delle due concezioni Kraepeliniane: nè crediamo che il rinnovamento della Psichiatria ci può venire esclusivamente dallo studio dell'anatomia e dalla fisiologia, portando una forza di dottrina e ricchezza di applicazioni pratiche alla più povera e più ambiziosa tra le branche della medicina. Il fatto si è che fin oggi nè l'anatomia nè la fisiologia ci hanno potuto dare alcun criterio tassinomico, che possa permettere una qualsiasi classificazione (1).

(1) Rivista di Patologia nervosa e mentale — 1910, fasc. III.

Per questo la Psichiatria non ufficiale quella che si studia nei manicomi ha accolto favorevolmente la concezione Kraepeliniana, perchè l'ha ritenuto un vero progresso pratico.

Lugaro, anche recentissimamente, ha insistito su queste critiche ripetute sull'opera di Kraepelin, sebbene, riferendo sulla nuova edizione della Psichiatria di Kraepelin, si sia compiaciuto di una dichiarazione di moderata resipiscenza, come la chiama, cioè, che *l'interesse preponderante della ricerca clinica ha fatto oggi porre forse un po' troppo in seconda linea lo studio delle questioni generali della psichiatria.*

Lugaro nega l'affermazione che a misura che progrediscono le nostre conoscenze cliniche, appare sempre più chiaro che, malgrado ogni difficoltà ed indeterminatezza, tuttavia esistono dei nessi ben definiti tra la configurazione delle sindromi ed il decorso complessivo della malattia, sicchè noi siamo in grado di riconoscere dalla sindrome la malattia che l'ha prodotta. Egli crede, usando una perifrasi del Tamburini, che noi per lo più ci serviamo di queste malattie pentolone, per comodità di studio, nelle quali si mettono assieme provvisoriamente dei gruppi di quadri morbosi , senza garantirne la fondamentale unità.

Del resto, nei giudizi critici su nuove concezioni e su nuove ipotesi non impera più quell'assolutismo di prima: così il valore e il significato d'una teoria scientifica (e quindi anche qualche criterio nuovo tassinomico), secondo alcuni, non dipendono essenzialmente dalla rispondenza al vero delle affermazioni di essa, ma dal grado di utilità, ch'essa presenta rispetto allo sviluppo di una data scienza.

Sicchè le teorie scientifiche non dovrebbero essere distinte in teorie vere e false, ma in teorie utili ed inutili. Così, ad esempio, una teoria che riesca a sfatare un pregiudizio regnante fino allora e quindi suggestioni gli studiosi ad intraprendere un certo tipo di ricerche, le quali risultino poi feconde di nuove cognizioni scientifiche o di applicazioni pratiche nuove, è una teoria utile, e perciò anche una teoria buona.

Così è avvenuto per le teorie di Lamark, di Darwin, le quali, non ostante nuovi studi abbiano portato a ritenere non esatti alcuni dati scientifici loro, pure son rimaste ancora intatte le teorie da loro emesse dimostratesi utilissime al progresso della biologia. Lo stesso si può dire per le teorie di Carlo Marx nel campo della sociolo-

gia; e lo stesso avverrà per le nuove concezioni Kraepeliniane, che hanno dato luogo ad un'infinità di nuovi studi, e la cui utilità quindi nel cammino della Psichiatria non v'ha chi mette dubbio alcuno.

La prima volta che la demenza precoce, quale entità clinica discutibile, apparve, fu nel XIII Congresso della Società freniatrica italiana (1), dove si diè la prova che, per le scuole italiane, nei riguardi della nosografia, il problema della demenza precoce, rimaneva insoluto; poichè si discussero due relazioni, contraddicentesi l'una con l'altra, poco o niente persuasive nel loro insieme e nell' indirizzo particolare, che ciascun relatore aveva dato al proprio lavoro. E la discussione fu breve e caotica: nè poteva essere differente.

Giustamente MORSELLI, e con insistenza, raccomandò un nuovo, severo, paziente, minuto studio analitico sulla demenza precoce, perchè non si era dal Congresso risolto il problema, segnando un quadro sintetico ben definito, preciso (2).

Fu nel 1883 che comparve la prima edizione del Trattato di Psichiatria del KRAEPELIN, fatto conoscere in Italia nel 1885 con la traduzione, che ne fecero il BRUGIA e il BONFIGLI; ma fu nella sesta edizione del 1899 che KRAEPELIN fece conoscere la sua nuova classificazione delle malattie mentali, la quale differisce notevolmente non soltanto dalle molte classificazioni fin allora conosciute, ma anche dalle altre adottate precedentemente dallo stesso autore.

Son trascorsi venti anni, quindi, dall'apparizione delle ardite concezioni Kraepeliniane, che suscitarono una nuova scuola, fattasi man mano sempre più numerosa ed entusiasta, che rinnovarono la Psichiatria; e con l' inoltrare degli anni, aumentarono si le critiche e le discussioni, che si fecero anche vivaci, ma aumentò anche l' importanza del criterio direttivo della nuova classificazione.

Oggi, dopo tanto lavoro compiuto, dopo innumerevoli pubblicazioni di tanti osservatori, è giusto ascoltare le parole del MORSELLI, e volgere lo sguardo indietro: è necessario vedere quello che della concezione Kraepeliniana è rimasto acquisito alla scienza, quello che è stato aggiunto dai numerosi allievi del KRAEPELIN, ciò che deve modificarsi e quello che deve essere abbandonato, perchè erroneo, perchè

(1) Venezia — Settembre — Ottobre 1907.
(2) Vedi atti del XIII Congresso della Società Freniatrica italiana.

non appartenente al gruppo di questa nuova entità morbosa, che giustamente molti tendono a chiamarla *malattia di* KRAEPELIN.

E lo studio minuto, continuo, paziente, in questi venti anni, ha fatto risaltare che la demenza precoce non è una sindrome mentale nuova nella sua concezione, ma che è nuovo l'aggruppamento delle singole forme mentali, di cui si compone, differenti spesso nella sintomatologia, simili nell'esito.

Errano quindi coloro che credono rimpicciolirne l'importanza riferendola all'ebefrenia di MORSELLI, alla catatonia di KALHBAUM, e magari alla demenza primitiva di ESQUIROL: esistevano certamente i dementi precoci, ammessi in questo o in quell'altro gruppo di psicopatie, diverse nella fenomenologia, che si andavano man mano creando, e che andava dal gruppo della paranoia, secondo KRAFFT - EBING, alla frenosi sensoria del BIANCHI.

Sicchè una sintesi clinica simile a quella della Demenza precoce, in Psichiatria non ha riscontro se non nell'altra forma clinica, oramai da tutti accettata, e che BAYLE distaccò dall'enorme gruppo delle demenze, la paralisi generale.

Scrivevo più sopra che non è nuova la concezione Kraepeliniana della demenza precoce, ma che per constatare il progresso realizzato dalla Psichiatria dopo la sua introduzione, riesce utile uno sguardo retrospettivo.

È per me dal capitolo della Confusione mentale, capitolo pieno di confusionismo scientifico come il caos della mente dell'infermo di cui si vuol diagnosticare la malattia, che nasce la demenza precoce.

Ed è questa forse la ragione perchè questo capitolo nuovo ha trovato tanti oppositori in Francia ed in Italia, che spesso segue la falsariga della prima, poichè il capitolo confusione mentale è pretta creazione francese.

Lo CHASLIN (1) ha indicato con la espressione « confusione mentale primitiva » uno stato speciale di una grande quantità di forme psicopatiche, di episodi, o di complicazioni di psicosi, già variamente denominate e descritte da altri: basta ricordare che lo CHASLIN stesso annovera ben più che trenta sinonimi della Confusione mentale per vedere se v'era modo di uscire da quel pelago.

La concezione della confusione mentale si deve al DELASIAUVE, il quale vi pose a carattere fondamentale solo *un torpore intellet-*

---

(1) CHASLIN — La confusione méntale primitive — Paris 1851.

tuale, una assenza più o meno assoluta di idee, l'esercizio del pensiero abolito od in arresto, una disposizione infine pari a quella di cui ognuno può trovarsi affetto in alcuni momenti, quando le funzioni cerebrali sono inerti, come paralizzate.

A me piace insistere su questa definizione del DELASIAUVE, riportata dallo CHASLIN, perchè vi vedo la definizione della Demenza precoce, quale poteva essere indicata in quei tempi, nel 1851. Nè fa meraviglia: poichè la concezione di queste forme morbose il DELASIAUVE la prese dall'ESQUIROL, che le accennò sotto il nome di demenza acuta o stupidità. Ed è noto, poi, come i francesi fanno dipendere la concezione Kraepeliniana della demenza precoce dalla forma mentale descritta da ESQUIROL.

D'altra parte si noti che questo quadro generale della confusione mentale, suddiviso poi in tanti quadri speciali, in tanti stati psicopatici, ebbe la sua ragione di essere per differenziarla appunto dal quadro clinico delle demenze.

In Germania invece questo quadro della confusione mentale si veniva distinguendo da un diverso e pur numeroso gruppo di psicopatie, dal gruppo della paranoia, di cui il MEYNERT distinse specialmente l'*amentia,* cioè uno stato di dissociazione psichica, di ipoattività, in cui l'individuo si trova come in uno stato illusionale.

Il KRAFFT-EBING dopo divise ancora le forme confusionali dalla paranoia, descrivendo la demenza acuta e il delirio sensoriale (Wahnsinn), che ritiene come una psicosi da esaurimento.

Contemporaneamente dal KALBAUM fu delineata la catatonia, che venne a far parte del gruppo sopradetto per merito specialmente del KOCH; ed il KRAEPELIN, nella prima edizione del suo trattato del 1893, nel quadro della confusione mentale vi comprende il delirio febbrile, il tossico, la demenza acuta (akute Werwirrtheit), il delirio sensoriale (halluzinatorischer Wahnsinn e depressiver Wahnsinn) e la catatonia.

E dopo il KRAFFT-EBING, nella terza edizione del suo trattato, ritorna su questo gruppo di psico-nevrosi, piazzandovi il delirio allucinatorio (delirium hallucinatorium, psychoneurosis hallucinatoria) e parla per primo dell'affinità di questa malattia con la demenza primitiva curabile, considerandole tutte e due come *psiconevrosi asteniche,* sviluppantisi in seguito ad indebolimento (astenia) del sistema nervoso.

Le discussioni furono vive, perchè per la scuola tedesca esistevano divergenze sul modo d'intendere questa forma di pazzia diversa

dalla paranoia, staccatasi però da questo tronco comune; se si doveva cioè, intendere come forma astenica o come delirio sensoriale: il che rivela non solo la complessità delle sindromi mentali, ma la poca conoscenza che abbiamo dei rapporti genetici esistenti fra i vari sintomi.

Mentre, quindi, la scuola francese insiste sul fenomeno *astenia cerebrale;* e la scuola tedesca propende nella maggior parte per quello di *disordine nei processi mentali:* gl' italiani rivolsero specialmente la loro attenzione sull' *elemento sensoriale.*

E ne venne la Frenosi sensoria, enunciata nelle sue linee generali dal VERGA (1), sostenuta dal MORSELLI (2), che la fa sinonima della disnoia del KORSAKOW e della confusione mentale dello CHASLIN, pur sostenendo che vi sono incluse due forme psicopatiche, una caratterizzata da *sospensione* dei processi psichici, un' altra da disordine, da atassia di essi.

Ma chi l' espose nei minimi dettagli, facendone una creazione della scuola di Napoli, fu il chiarissimo e beneamato mio Maestro, il BIANCHI (3).

Egli, e molti dei suoi allievi, sviluppando le sue idee, subordinano un grande numero di forme psicopatiche diverse al fatto primitivo, all' allucinazione, fenomeno essenziale.

Il meccanismo cerebrale comincia ad alterarsi con un disordine di percezione, anche con semplice stato illusionale, o per allucinazioni diverse, che sono l' elemento patogenetico. La Frenosi sensoria conterebbe allora una vasta estensione: andando da una forma illusionale semplice, passando attraverso i vari stati di lavorio allucinatorio, arriverebbe allo stupore, agli stati catalettoidi, al delirio sensoriale, al delirio paranoico, al delirio acuto; la confusione mentale sarebbe contenuta in questo vasto capitolo.

Il capitolo della Confusione mentale quindi si andava complicando e prendeva un aspetto diverso, un' estensione differente più o meno grande secondo la nazionalità degli osservatori, chiudendosi con la

---

(1) VERGA — David Lazzaretti e la Frenosi sensoria — Arch. ital. delle malattie mentali e nervose — Milano.

(2) MORSELLI — Saggio di classificazione delle malattie mentali — Torino, 1883.
Id. — La pazzia confusionale o disnoia — Gazzetta degli ospedali. 1895
Id. — Note ed aggiunte al Trattato di Medicina Charcot-Bouchard — Torino, 1895.

(3) BIANCHI — Paralisi generale e Frenosi sensoria — Milano.

classificazione datane da Del Greco (1), basata sulla psicopatologia, il quale ne distinse ben diciotto forme: o meglio, secondo me, distinse tanti stati confusionali quante sindromi o malattie mentali esistevano.

Tutti quindi possono intendere quale progresso sia stato il racchiudere forme differenti in un'entità clinica, bene stabilita per il suo esito, ed eliminare altri stati psicopatici di origine, di decorso e di terminazione differente.

Così è nata la Demenza precoce; e si intende benissimo l'opposizione trovata nelle varie scuole in Germania con quelle differenze sottili già indicate, in Francia con la confusione mentale, ed in Italia con la frenosi sensoria.

E l'opposizione cominciò ad averla nel termine preso di Demenza.

Si è notato che la parola demenza non può addebitarsi ad una entità clinica, che in certi casi finisce anche con la guarigione.

Facile la risposta: perchè la parola demenza non può essere oggi adoperata in Psichiatria nel senso di disfacimento completo della personalità, di diminuzione progressiva dell'attività psichica nelle sue varie manifestazioni, di annientamento completo di tutte le funzioni intellettive, affettive e volontarie.

Fin da quando Baillarger rilevò che nelle demenze consecutive le idee sono dissociate e le azioni in disarmonia con le idee, ma l'intelligenza non è punto abolita e l'esercizio mentale è attivo, e che non è necessaria la dissoluzione mentale; fin da quando Calmeil asserì che nelle demenze la memoria è lungi di essere sempre offesa, che non è rara la conservazione di certe attitudini; fino a Seglas e Toulouse che hanno riscontrato dissociazioni intrapsichiche più che perdite, la parola demenza non deve avere più il significato di prima; e può essere adoperata nel senso della concezione Kraepeliniana, dove ci sono delle forme guaribili sì, ma di cui non si può essere certi se siano complete o con difetto, come a me è sempre parso, ed in cui nella grande maggioranza di casi, quasi nella totalità, si hanno perdite parziali, alcune riparabili, per lo più definitive.

E si badi che in questi sensi il Gross (2) ha dato una concezione psicologica della demenza precoce: nello studio di questa sin-

(1) Del Greco — Sulle varie forme di confusione memtale — Il Manicomio, 1897.
(2) O. Gross — Dementia dejunctiva — Neurolog. Centralblalt. 1904, f. XXII.

drome egli ha riscontrato che la dissociazione mentale nel senso di WERNICKE vi ha la massima importanza a paragone di altri gruppi morbosi considerati come demenziali, perchè vi ha il grande predominio, tanto che la denomina, come appresso vedremo, demenza dissociativa. Per GROSS l'attività della coscienza risulta da numerosi processi psico-fisici a decorso simultaneo, sincroni: l'unità d'azione della coscienza è il prodotto della sinergia di questi processi sincroni. È questa sinergia che è soppressa per disturbi funzionali da causa sconosciuta nella demenza precoce. La decadenza della coscienza tiene quindi all'asinergia degli elementi concorrenti all'attività della coscienza.

E si noti ancora che, secondo CLAUS, la parola *dementia* in tedesco ha un significato meno assoluto di quello che si è soliti attribuire in Francia ed in Italia; e che nella 6.ª edizione del Trattato di KRAEPELIN la parola demenza è sostituita da quella di « schwachsinn » che significa indebolimento mentale.

Si è poi presa l'abitudine di designare con la parola demenza la fase ultima dei deficit intellettuali; ma logicamente questa parola può applicarsi egualmente alle fasi iniziali di questi deficit, siano lacunari, siano globali, permanenti o progressivi.

L'opposizione fu continuata ancora sull'aggettivo, che KRAEPELIN ha dato a quell'entità clinica, denominandola Dementia praecox. Ed invero, stando all'etimologia della parola latina, praecox, questa non sarebbe la parola più adatta, poichè non sempre si tratta di precocità e nell'apparire della demenza e nell'età pubere o adolescente.

Di qui una serie di aggettivi che ciascun autore ha creduto adoperare secondo il punto di vista, da cui è stato mosso, e secondo i risultati ai quali è arrivato, tanto che è stata perfino detta *idiotismo cerebrale* (1).

Così CONAGHEY, considerando che questo stato di demenza sopravviene negli adolescenti la vuol chiamare *psicosi dell'adolescenza*; altri *psicosi della pubertà;* e THOMAS IOHNSTONE, richiamando la storia della malattia, la vuol detta *demenza prematura*. Recentemente un americano, il BRILL (2), ha creato la parola *schizophrenia*.

I francesi, che non accettano la sindrome demenziale di KRAEPELIN, la chiamano sempre confusione mentale cronica: quelli che l'ac-

(1) MARCHAND — Manuel de Médecine mentale.
(2) The american Iournal of Insanity — Giugno, 1909.

cettano in parte le danno il nome di ***demenza vesanica precoce***, o *demenza vesanica rapida*: ma da queste denominazioni il concetto kraepeliniano viene alterato, perchè sotto il nome di demenze vesaniche in Francia, e anche in Italia, si è designato lo stato di indebolimento permanente, progressivo e deffinitivo delle facoltà intellettuali, morali e affettive consecutive alle psicosi: le demenze vesaniche sono dunque affezioni essenzialmente secondarie.

Altri considerando la rapidità con cui avviene l'involuzione dello stato mentale la vuole chiamare ***demenza rapida;*** altri ancora, credendo che nella demenza precoce non si riscontra un vero e proprio stato demenziale la dice *demenza senza demenza* (Lerbsky); o visto che questo stato demenziale é apparente la denomina *pseudo-demenza* (Pitres e Morandon de Montiel); e Gross, condotto dalle sue considerazioni psicologiche, come ho detto, la chiama *demenza dissociativa*).

Anche in Italia gli alienisti l' hanno chiamata con diversi nomi: così Brugia nella sua relazione al Congresso della Società Freniatrica in Venezia, considerando quello stato mentale speciale come quello che è detto parasifilide rispetto alla sifilide, paratubercolosi e paratifoidea di fronte rispettivamente alla tubercolosi e alla tifoidea, la vuol chiamare ***parademenza.*** Ma prima di lui, per considerazioni simili Mandalari l'ha denominata ***subdemenza;*** mentre Tamburini, considerando che questo stato morboso sopravviene nei casi di poca evoluzione mentale la restringe nei pochi casi di *dementia praecox phrenasthenica*.

La denominazione più accetta in Italia è quella di *demenza primitiva*, nella considerazione che è primario lo stato demenziale, il primo sintomo, cioè, con cui s' inizia la malattia; ma essendo stata questa denominazione di primitiva già adottata ad indicare altre forme morbose, a me non sembra la più adatta.

Già risalta subito il contrasto fra la demenza vesanica dei francesi e quella primitiva degli italiani; ed appare più evidente se si nota che molti con Marchand dividono le demenze precoci in primitive e secondarie. V' ha di più nella classificazione ufficiale del Belgio la demenza primitiva sarebbe la demenza senile e la demenza per malattie cerebrali organiche (1). La contraddizione è qui evidente.

---

(1) v. X. Francotte — A propos de la révision de la classification officielle — Bullet. de la Soc. de méd. ment. de Belgique, settembre 1897.

Non ostante quindi molti autori italiani, AGOSTINI, CAPPELLETTI, LEVI-BIANCHINI, accettino e preferiscono la denominazione di primitiva, io, per le ragioni sopradette, mi permetto di sostiture questa parola con quella di originaria, e chiamo la *malattia di* KRAEPELIN, come forse sarebbe meglio chiamarla per evitare maggiore confusionismo scientifico, sebbene sia d'accordo con quelli che gridano contro la onomatomania, *demenza originaria:* essa indica come lo stato mentale di questi malati, fin da principio, *origina* con uno stato di deficit, come anche indica lo stato mentale costituzionalmente tarato per coloro che, come me, credono che la demenza originaria sia malattia costituzionale. La parola del resto non è nuova, ma è già acquisita in Psichiatria, per indicare un'altra sindrome morbosa.

La denominazione, poi, di demenza primitiva fa supporre anche una demenza secondaria, che per gl'italiani sarebbe lo stato di indebolimento mentale consecutivo ad una psicosi, stato che dagli studi dei kraepeliniani viene negato, suscitando, anche da questo altro punto di vista nuove aspre polemiche.

Dallo studio, che ho fatto dei dementi precoci, anche accettando la suddivisione più semplice, quella del KRAEPELIN, mi son fatto la opinione che la demenza originaria non sia una malattia unica, ma che le suddivisioni in cui è stata distinta implicano tante forme a sè, legate fra loro dall'esito della malattia, magari da qualche sintomo iniziale, e da qualche altro, che si sviluppa durante il corso di essa, ma certamente il decorso e la sintomatologia è differente nelle varie divisioni della demenza precoce.

Per questo io credo che esse rappresentino un gruppo a sè di demenze, per cui ho dato a questo lavoro il titolo: *le demenze originarie.*

Nè credo sia solo in questo concetto: LEVI-BIANCHINI, ad esempio, pur accettando e dimostrando l'unicità clinica della demenza precoce, qualche volta di sfuggita parla di gruppo delle demenze primitive (1).

Vedremo in seguito come è costituito il gruppo delle demenze originarie e quali varietà cliniche esse presentino.

---

(1) M. LEVI-BIANCHINI — Monogenesi e varietà cliniche della demenza primitiva — Milano 1906.

Manicomio Provinciale di Como
diretto dal Prof. F. Del Greco

PRODROMI DI ECCITAMENTI CATATONICI

Dott. Dario Valtorta

Studiando le analogie sindromiche fra epilessia e demenza precoce (1), ho potuto osservare che gli stati di eccitamento catatonico in taluni casi erano preceduti da manifestazioni morbose cui non era inverosimile attribuire significato di aura. Ed in particolare nel IV.° dei soggetti esaminati il fenomeno mi si presentava costante:

Ma. Carlo. (C. 3523).

Non sappiamo se sia compromesso nel gentilizio; non ha sofferto malattie speciali, ha sempre vissuto regolarmente, appena manifestando tratto tratto certa tendenza agli alcoolici. A circa vent'anni incominciò a dar segni evidenti di squilibrio mentale. La malattia esordì con depressione affettiva e delirio religioso. Il Ma..... si venne facendo triste, preoccupato, cadde in preda a scrupoli infiniti, temendo per la sua spirituale salvezza. A rassenerare lo spirito sconvolto, cercò rimedio nel vino, ubbriacandosi ripetutamente. Nello stesso tempo si abbandonava a preghiere ed a pratiche religiose eccessive, peregrinando da un santuario all'altro. Finchè, ormai convinto di dover morire dannato, tentò il suicidio gettandosi nel fiume Lambro.

(1) Fenomeni comiziali nella demenza precoce e "demenziali" nella frenosi epilettica.
In corso di stampa nel giornale "Note e Riviste di Psichiatria".

La sindrome psicopatica, quale da anni osserviamo, si contraddistingue per esacerbazioni episodiche, intermittenti. Il Ma... nei periodi che chiameremo interaccessuali è un solitario, non s'intende con nessuno; comprende benissimo tutto quanto avviene nella sezione, ma non vi prende parte. Ciò nondimeno sa ripetere il nome di tutti gli infermieri e di una gran parte dei ricoverati dell'affollato riparto. Di proposito lasciato a sè anche a lungo, ricorda benissimo il giorno e l'ora del nostro ultimo colloquio. È anemotivo, od ha periodi di ilarità inopportuna, o di preoccupazione immotivata. Ride senza causa, fa smorfie, è manierato. Non s'interessa mai della famiglia, accoglie le visite colla massima indifferenza. Dispone di poteri attentivi limitatissimi; anche allorchè lo si interroga su argomenti assai semplici, risponde a tono, ma ben presto la corrente ideativa si sbanda per vie illogiche, e degenera in una classica confusione verbale. Eccone un esempio: D). come stai?... R). Bene, avviato da tempo all'arte del setaiuolo con rispetto del medico, vorrei che trovasser rispetto, ubbidienza ai superioris, e trattamentis a ricever del bravo D). Da quanto tempo ti trovi qui? R). Son venuto dopo 5 mesi che era morto il padre, ed i buoni compagni, amici del dottor Mariani del paese, andai a passeggio, vergine come il primo giorno del battesimo; all'edificazione, al ballo, al salto della corda, ritrovarmis come vita, come libertatis, contrariarmi alle contrarietatis, ecc.

Spesso il Ma.... rivela una impulsione al movimento sconclusionata, senza una direttiva evidente, cammina in su ed in giù pel cortile con lungo passo cadenzato, incurante di chicchessia, immerso in soliloquio, tratto tratto animato da gesti inconcludenti, l'espressione fisionomica rigida, contratta.

Non riconosce allora che la voce del sanitario; ogni altro stimolo esterno non lo commuove.

Per lo più dopo qualche ora ritorna all'abituale tranquillità ed apatia. Ed apatico e calmo di solito si mantiene, pur sorpreso da allucinazioni uditive e della cenestesi, che mantengono delirii di persecuzione assai instabili, ogni giorno rinnovantisi di nuovi germogli.

Vere crisi accessuali allucinatorio-impulsive erompono più o meno frequenti e durature, vivaci sempre, dal fondo demenziale. Simili esplosioni episodiche hanno caratteri peculiari e ben definiti.

La loro insorgenza è annunciata da prodromi costanti. Qualche ora, e persino qualche giorno prima, la sindrome psicopatica subisce modificazioni sensibili. Il Ma.... si fa inquieto, triste, di cattivo umore; ai fenomeni di automatismo ambulatorio subentra un vero incesso concitato con gesti, ed atteggiamenti collerico impulsivi. L'insonnia durante questi periodi è

quasi completa, l' ingestione dei cibi scarsa; talora si ha pure sitofobia.

Le allucinazioni, intensissime, hanno contenuto terrifico; più tardi il disordine rappresentativo è completo, la coscienza oscurata. L'ammalato entra in una fase di violenta agitazione con raptus. La pantoclastia è costante, l'impulsione suicida frequente. Non una sol volta il Ma... salito su di un albero, foggiatosi col fazzoletto un nodo scorsoio, tentò d'appiccarsi.

Durante questi periodi accessuali di forte turbamento psichico, la confusione verbale si conserva immutata. Appena possiamo comprendere che: "lo si accusa di adulterio, di stupro.... che lo si sodomizza ecc.„ I neologismi, le stereotipie sono evidentissimi. Talvolta dopo parecchie ore, più spesso dopo due o tre giorni si ha remissione completa dei fenomeni allucinatorii-impulsivi.

L'ammalato entra in una nuova fase di tregua, serbando dell'episodio tumultuoso ricordi alquanto sommarii. Residua certa ostilità con delirio persecutorio, che cede presto il campo all'ottundimento abituale.

*
* *

Che il significato dell'aura meriti qui di esser preso in considerazione, mi pare risulti dalla natura del complesso psicopatico. Da un lato, prodromi di depressione affettiva più o meno protratta, preannunciano costantemente le accessuali crisi di singolare disordine psichico; dall'altro, l'episodica fenomenologia complessiva, pur serbando caratteri del terreno "demenziale„ da cui esplode, arieggia gli "stati crepuscolari„ Ond'è che sembrerebbe verosimile l'ipotesi esser già l'aura in sè stessa episodio essenziamente comiziale.

Ma anche in casi di eccitamenti catatonici puri, svoltisi sulla base di un processo genuino di demenza precoce, ho potuto metter in evidenza sintomi premonitori costanti.

*
* *

S. Carlo a. 34 da Maccio. - Accolto il 5 Settembre 1902. Riammesso il 28 Giugno 1907 C. 4136.

Non sembra compromesso nel gentilizio, ma presenta note antropologiche degenerative (plagiocefalia fronto parietale; fronte stretta, sfuggente;

plagioprosopia; zigomi pronunciati, orecchie ad ansa; prognatismo).

Ha sempre goduto buona salute, conducendo vita alquanto modesta e laboriosa. Militare, fu varie volte punito per indisciplina, ed in genere dimostrò certa inadattabilità ed intolleranza al servizio. In quell'epoca sembra anche che abusasse di alcoolici.

La forma psicopatica esordì verso i ventott'anni con idee mistico-religiose e di auto accusa, varianti, scolorite, e fenomeni di arresto psico-motorio con aridità affettiva, i quali si appalesarono spiccatissimi più tardi, dopo una breve fase di remissione.

Idee di colpa e di auto accusa, preoccupazioni per la eterna salvezza, delirio di dannazione, quindi idee mistico-religiose vivaci, concomitanti ad allucinazioni nell'udito, tutto venne disordinatamente svolgendosi, sur un fondo di affettività lipemaniaca. Un tentativo di cura in famiglia ebbe cattivo esito; l'ammalato apparve in breve fatuo, anemotivo, tardo nel percepire, torpido nell'ideazione, inerte. Tale si mantenne per parecchi mesi, presentando nello stesso tempo un decadimento progressivo della nutrizione generale. Mite, docilissimo, passivo, credulo e governabile come un fanciullo, viveva indifferente e solitario, non scambiando mai parola con nessuno. — Oggi, pur in piena elaborazione delirante, rivela una meravigliosa precisione di ricordi. Ci sa indicare esattamente l'epoca in cui cominciò a sentirsi ammalato, il giorno del suo primo ricovero, della dimissione, e del ritorno qui; rammenta ogni cura avuta e particolarità minime del suo soggiorno in manicomio. Afferma che la causa prima, fondamentale della malattia deve essere riferita all'avvelenamento del sangue, perchè il 31 Agosto 1902, invitato a pranzo dal curato del paese, mangiò pasta al sugo infetta. Sia che il prete avesse pensato di toglierlo di mezzo, sia che si trattasse di pura accidentalità, è certo che da quel giorno incominciò a sentire un malessere generale, un indebolimento così accentuato, che non fu più in grado di lavorare.

Epperò il giorno appresso essendo lunedì, butta all'aria i ferri del mestiere, e si ubbriaca per riacquistare la solita energia. Va peregrinando da un' osteria all'altra per quattro giorni consecutivi, chiedendo inutilmente al vino il rimedio alle forze estenuate, finchè il 5 Settembre è condotto al manicomio.

Accoglie la sua nuova posizione con ottimismo inopportuno. " Il manicomio è la casa dei pazzi, ma ei deve guarire il fisico, epperò si trasforma per lui in un semplice ospedale. Vana speranza: lo si cura, lo si nutre, ma guariscono soltanto le ossa; i muscoli rimangono deboli e si infiacchiscono ancor più, quando la moglie ha l'infelicissima idea di riprenderlo a casa per cinque mesi.

Gli giovò poi assai il soggiorno all' infermeria: Il dimagramento progressivo era il miglior indizio che il veleno usciva dai pori della pelle; non parlava allora con nessuno per ben sorvegliare l' esodo del tossico, non poteva muoversi liberamente, perchè c'era nell'aria elettrico e nebbia....

Disinfettatisi un giorno come per incanto il sangue ed i polmoni, si sentì d' un tratto invadere da un irresistibile impulso al movimento ed al lavoro.... Ma non lo comprese il sanitario, che lo inviò subito al comparto agitati, ove trovasi tuttora. ,,

Nei periodi di tregua il Sa..... non si intende con nessuno; se ne sta appartato, tanto che non troppo agevolmente alla visita, lo si rintraccia.

Non esprime desiderii o timori di sorta, è ottuso, si uniforma all'orario dell' Istituto senz' alcuna rimostranza, accoglie le visite dei parenti con indifferentismo completo, o sciocche risate.

L'orientamento, la percezione, la capacità fissatrice si mantengono in lui immutate. Ha osservazioni giuste ed opportune pur fra un ammasso di frasi insulse; specialmente sa render conto esatto del suo passato. "Pur godendo ottima salute, rimane un povero calzolaio, nè qui può comandare essendo un ricoverato..... d'altra parte la Direzione sarebbe bene trasferirla in altra sede..... Ha visite di taluni che si dicono suoi zii; sarebbe per altro necessario rivedere i registri, perchè è zio chi fa del bene, non chi fa del male.... Non ha nessuna simpatia pei preti; lo hanno rovinato. E poi non conoscono nè la bibbia, nè il vangelo, perchè a Firenze il vangelo vien letto dal pulpito, ed a Como si recita a memoria.

Del resto è la stessa storia dell' uovo e della gallina; non si conosce se prima sia stata scritta la bibbia od il vangelo. Mentre io prendo appunti su quanto mi vien esponendo, egli mi esprime il desiderio che poi le annotazioni e la storia sian direttamente consegnate a lui, al ritorno in paese. Le vuol mostrare come documento del soggiorno in Manicomio, perchè,, anche i reduci dall'America fanno poi tanto chiasso per le osterie colle " carte bollate dell' estero ,, ,,....

Simili stati di tranquillità apatica, a periodi irregolari vengono bruscamente interrotti dall' insorgere di idee deliranti a contenuto grandioso, paradossali, stereotipe.

Il Sa.... è ricco a milioni e ne ha da regalar a tutti i medici, che può nominar generali d' armata. È necessario riformar la classe dei sacerdoti ed uccidere il papa..... È indispensabile che sian espulsi i sanitari dal Manicomio, perchè lui solo possa governare. Sicchè la personalità si trasforma, e per qualche giorno l'ammalato è inaccessibile. Quindi esplode uno stato di singolare inquietudine e disordine psico-motorio con minacce, invettive, proclami strampalati. Un delirio di grandezza fastoso, innestato

sur un fondo persecutorio mantiene tutto il corteo di sintomi di clamorosità quasi ininterrotta, esacerbantesi alla vista dei sanitarii, che l' ammalato chiama ipocriti, ladri, assassini.

L' episodio di eccitamento si mantiene nei limiti di un' intensa irascibilità con fenomeni spiccati di negativismo.

La remissione è repentina; ben presto l' ammalato ricade nello stato abituale di ottusità.

L' estrinsecazione di un nuovo stato irritativo è costantemente preannunciata da idee grandeggianti.

∴

Benchè l'anamnesi sia muta, l'invalidità nervosa originaria verrebbe ad essere dimostrata da note degenerative al capo, da peculiari anomalie del carattere, inadattabilità al servizio militare, e dalla tendenza all' alcool.

La psicopatia si caratterizza per sintomi di indiscutibile valore diagnostico: alla depressione motoria ed affettiva succede rapidamente uno stato di indifferentismo; i delirii che inaugurano la scena morbosa non appaiono per nulla sistematizzati e presto si scolorano. Poi di fronte all'integrità delle funzioni percettive ed alla meravigliosa esattezza dei ricordi, l'aridità sentimentale si delinea spiccatissima, colla perdita completa d'ogni vivacità psichica e di qualsiasi partecipazione alla vita dell' ambiente. Le idee deliranti assumono un contenuto frivolo, si svolgono stereotipamente attorno ad un tema fisso, sulla base di oscuri disordini della cenestesi; nel contegno si manifestano dapprima i fenomeni dello stupore protratto, quindi della inquietudine vuota e sconclusionata.

L' umile calzolaio, il ricoverato mite e passivo d' un tratto è ricco a milioni, dispensa onorificenze e titoli, bandisce proclama, istituisce riforme. Ed il delirio grandeggiante non è un fenomeno fortuito, capriccioso; è parte integrante delle strampalate sintesi associative.

Lo stato di seconda personalità tradisce l' indebolimento psichico, che è stigmata di ogni altra manifestazione, e precisamente si contraddistingue per talune note particolari, le quali appunto perchè sono

caratteristiche della forma psicopatica fondamentale di cui è epifenomeno, lo differenziano da tutti i comuni stati analoghi.

È noto che dopo la classica descrizione di AZAM sull'isterica in cui all'abituale personalità ipocondriaca sostituivansi sindromi opposte, ch'egli pel primo chiamò " stati secondi „ notevole fu il contributo portato all'importante argomento. LITTRÈ, CAMUSET, M. JAINE, LOUYER, WILLERMAY, CAPURON, FORLVES, WINSLOU, MESNET, DUFAY, VOISIN, RIBOT, BOURRU, BIANCHI, ANTONINI, VIZIOLI, VIVAI, TAMBURINI, BIANCONE e MAIANO riferiscono osservazioni di molto interesse, riassunte nella bibliografia completa di un lavoro del D.r TOMMASI (2).

La conclusione per noi importante, che scaturisce da tutti gli stati del genere, si è l'amnesia, dirò così, degli stati eteronomi, di fronte al ricordo preciso degli stati omonimi, e l'amnesia degli uni e degli altri nelle condizioni, che chiameremo normali — Nel nostro caso invece abbiamo una esattezza di ricordi ininterrotta, continua e precisa nel succedersi delle fasi di doppia coscienza. La nota dominante e singolare è invece quella stessa per cui tutto l'assieme sintomatico ha peculiar impronta.

Giacchè se " il decreto della nomina a generale non ha poi esecuzione, gli è perchè furon già nominati i nostri fratelli ..., o perchè c'è guerra e in Italia nessuno si vuole oltre insignire di simili onorificenze. . . Se i milioni non sono distribuiti, va tacciata di trascuratezza imperdonabile la provincia che non gli accorda la macchina di stampa. . . . i giornali che non si diffondono a dovere. . . . il manicomio che ha tutti i difetti di origine. . . . la guardarobiera che scaraventa dalle finestre abiti e biancheria . . . . ecc. ecc. „. L'enorme fatuità quindi, e un tessuto di assurde deduzioni strampalate sono i caratteri, che dal terreno psicopatico originario si riverberano negli stati di sdoppiamento della personalità, i quali rappresentano l'aura dell'agitazione catatonica.

La capacità fissatrice, le funzioni percettive, l'orientamento non vengono per nulla compromessi.

---

(2) Istero epilessia con aura melanofobica — Giornale di Psichiatria e Tecnica manicomiale, Anno 1905 pag. 285 e seg.

*
* *

Sch. Giuseppe. - Accolto il 16 Gennaio 1904. C. 4127.

Padre mattoide impulsivo.

Ancor fanciullo sofferse di meningite; militare andò soggetto ad insolazione. - Abusava di alcoolici, dimostrando carattere assai bizzarro ed impulsivo.

Sembra che sotto lo stimolo dell'intossicazione da alcool presentasse intercorrenti accessi confusionali, con idee persecutorie e di gelosia, tanto da ridursi a vivere separato dalla moglie.

Ben presto i segni dello squilibrio mentale si manifestarono permanenti, estrinsecandosi a preferenza nel disordine assoluto del contegno.

Commise un mondo di stranezze; basti citare che all' ufficio dello stato civile di Milano si qualificò celibe, denunciando come naturale il figlio legittimo. Ricoverato dapprima al Manicomio di Mombello, fu qui trasferito dopo alcuni mesi.

Lo sviluppo sintomatologico completo della psicopatia apparve rapido e progressivo.

Delineatasi dominante l'ottusità emotiva, l'ammalato venne subito perdendo ogni aspirazione, addattandosi all'ambiente indifferentissimo e passivo.

Perduto ogni impulso ad occuparsi, refrattario alla noia dell'ozio, si abbandonò ad uno stato di inerzia quasi ininterrotta. Nello sfacelo d'ogni potere di logica e di critica, col corteo di molteplici disordini psico-sensorii, mobilissime, disordinate son venute pullulando le idee deliranti più paradossali, che l'ammalato oggi estrinseca con una ridda di sproloqui:

" Il manicomio va distinto in tre sezioni:

Duma, Senato e Consiglio di disciplina . . . . . per la protesta contro i malevoli intendimenti . . . . . Occorre ristabilire i principii per la nuova rigenerazione solare, redimere i terreni di Sicilia e di Calabria e tutti gli scioperi che hanno fomentati i signori ricoverati. Al nome di Sche . . . che in lingua spagnuola significa scodella, tutte le armi si abbassano, e gli ordini altolocati sono evoluti. Al fratello orologiaio propone la sostituzione dell'orologio con movimento perpetuo di ventotto perni. L'ora deve essere composta di 57' e 57'' il giorno diviso in 25 ore, così da aversi 25 settimane e un giorno più $\frac{25.}{57.}$ Si raggiunge così il giro solare di 365 giorni, spaccati al minuto, formandosi 12 mesi di 28 giorni, ed il tredicesimo, di

29. Ecco il metodo per purificare la generazione viziata nella Duma..... L'elettrico fluisce dal sole, dalla luna, di giorno e di notte, e rotea sinistramente; intanto riunendo il pollice all' indice si distribuiscono le pupille col diaframma dell' evoluzione.......... ,,.

Il fondamento di tutta l'accozzaglia di sproloqui rinnovantisi ogni giorno di germogli incoerenti, è un subdelirio di persecuzione su certa base megalomaniaca.

A mantenere una parvenza di omogeneità alle idee persecutorie contribuiscono intercorrenti turbe cenestesiche, isolati fenomeni che appaiono mantenere una certa costanza nel caos delle instabili espressioni demenziali.

Quando lo Sch.. si direbbe depresso, perchè se ne sta in un angolo del cortile, taciturno, insensibile alle influenze esteriori, o sdraiato a terra, la fisionomia contratta, l' atteggiamento di persona preoccupata, ci ripete che si ripercuotono sul suo fisico le condizioni meteoriche... che lo fanno responsabile di effetti politici.. che si aggravano nel suo organismo le responsabilità che gli altri stanno scontando..... che ha evoluzione sussultoria di aspirazioni esagerate, sì che i polmoni tremano, forse perchè godono troppa salute i signori del campo dei fiori..... mentre gli altri ricoverati vogliono eliminarsi ed eclissarsi, perchè gli danno da mangiare " viveri e vivande ,, che provengono dal refettorio, e non dalla dispensa.......

E le deduzioni ed i ragionamenti più illogici e strampalati si accumulano nel massimo disordine, ma la fonte delirogena si mantiene essenzialmente la stessa.

Finchè da tutto il contrasto fra le condizioni obbiettive, esteriori, e le subbiettive anormali, gli stati di malumore e di insofferenza si esteriorizzano con una vera ridda di sproloqui, di lagnanze, e di proteste.

Nè le intemperie della stagione, nè l'ora del pasto, nè il richiamo del sanitario, nè le visite dei parenti valgono a porre un freno alla monotona, incoordinata movenza dell'impulsione verbale. Raramente nella stessa giornata, più spesso dopo due o tre giorni si esaurisce, e l' ammalato riprende l' abituale contegno contraddistinto da fatuità, inerzia assoluta, ottundimento emotivo, sulla base di un vero senso di benessere.

Attende allora con animo sereno il giorno della libertà, che non discute, l' attuazione del proprio programma, che non sollecita, " immune ormai da ripercussioni meteoriche ,, essendosi riguadagnata la " mitologica posizione del suo sistema naturale nervoso ,,.

In mezzo alla profonda sconnessione mentale, a prescinder da tutto quanto è frutto di elaborazione delirante, vaste parti della psiche, quali la percezione, la memoria, l' orientamento rimangono integre: Colla denuncia della nascita di un figlio naturale, mentre veniva ammesso al gran

premio di Parigi, definiva la sua posizione di "nubilato,, essendosi diviso dalla moglie per incompatibilità di carattere, e non per idee di gelosia, che si eran riferite al suo stato di ubbriachezza frequente......

Divorziato che fu, in base all'enciclica di Sua Santità del 1901, tutti gli inquilini si sollevaron contro di lui, non ben edotti, nè coscienti, riferendo di ipotetiche azioni deplorevoli sul suo conto, sicchè a Mombello ci giunse "per lo scorno di continui telegrammi...... Ebbe per altro trattamento principesco, fu da quei sanitari adibito a varie professioni........ vi rimase cinque mesi e dieci giorni, finchè venne alla sua città nativa ..... ,,

∴

La predisposizione gentilizia viene aggravata da fattori morbigeni sopraggiunti, e l'indebolimento psichico che già si appalesa dopo la meningite, s'aggrava ancor più in seguito alla congestione cerebrale.

Lo stimolo importato dall'alcool è favilla all'acutizzazione di tendenze aggressive e permalosità costituzionali, sì che viene delineandosi una condizione persecutoria dell'animo pel tramite di intercorrenti accessi allucinatorii.

La stolidità della condotta, il progressivo disgregamento del carattere, la dissoluzione d'ogni attività di critica e di logica, sul terreno di singolari lesioni nella sfera affettiva, impartono presto alla sindrome clinica una fisionomia classicamente definita.

Nel caos dei disordini sensoriali, singole allucinazioni cenestesiche, che si direbbero mantenere gli ultimi frammenti di un antico delirio di persecuzione fisica, preludiano stereotipamente all'esacerbarsi degli episodi d'intolleranza, di irascibilità, di invettive e di protesta, veri equivalenti attenuati dell'impulso catatonico. È una schietta forma di aura sensoria, che non fornisce mai il tema a un delirio nuovo, che viene esteriorizzata con un'affermazione petulante, od annoiata, con uno scherzo ironico, che tradisce l'indifferenza assoluta. Risente della fatuità, dell'automatismo che domina il contegno dell'ammalato, ma non per questo perde del suo significato quale sintoma premonitore. Che anzi la sua importanza nel far presagire lo stato di

eccitamento, riceve nuova ed indiretta conferma nella fase di tregua consecutiva, quando la remissione del disordine cenestesico, è subbiettivamente avvertita con senso di benessere.

∴

C. Michele — (C. 3867)

Sortì da natura un'organizzazione nervosa non poco predisposta a disordinarsi funzionalmente. (Il padre diede segni di squilibrio psichico; la madre morì tubercolosa). E però presenta anche stimmate significative della costituzione nevropatica originaria (asimmetria cranio - facciale, orecchie ad ansa, naso deviato ecc.).

Cadde in preda ad accesso delirante allucinatorio, sembra in seguito ad emozioni deprimenti. La mancanza di una vera condizione emotiva, anche nei periodi di eccitamento apparve subito manifesta; i disordini psico-sensori molteplici e instabili, (visioni di spettri, di famigliari defunti, di santi, di amici . . . . parole di minaccia) venivano elaborati in delirî a colorito persecutorio, imprecisi , e fluttuanti, senza una tonalità affettiva determinata.

L' assoluto disinteresse per l' ambiente era assai manifesto; frequente l' impulsione aggressiva.

Le espressioni demenziali, svanita la fase acuta della malattia, seguirono la loro inevitabile parabola.

Le idee deliranti, apparivano strane, mobili, puerili, a contenuto fastoso, o persecutorio; i fenomeni di suggestibilità, di negativismo, di stereotipia, evidentissimi; gli impulsi repentini, con tendenze pantoclastiche.

Attualmente i disturbi sensoriali sono quasi scomparsi: fugaci periodi di megalomania appaiono costituiti da un delirio sfiorito, ridottissimo; dominanti sono invece singolari lesioni nella sfera volitiva: l' inerzia completa, gli atteggiamenti statuarii, le numerose smorfie ed i manierismi che infiorano la conversazione, vero tessuto di stranezze.

Le crisi di eccitamento catatonico non sembrano provocate da allucinazioni, quantunque connesse all' acuirsi di qualche frammentaria idea grandiosa, o persecutoria.

Per lo più hanno breve durata, e si estrinsecano con impulsi destituiti di ogni finalità, discorsi insensati, classica accozzaglia di espressioni incoerenti, con giuochi di parole, assonanze, neolalia, e neologismi.

Singolare è il fatto che per qualche ora, o per qualche giorno, un imperioso stimolo al movimento, le precede con assoluta costanza. E l'ammalato che estrinseca alla rinfusa tutta una pleiade di pensieri monchi e sconnessi, sa a sufficienza tradurre, quell'oscura sensazione cenestesica, che si esteriorizza poi nell' impulso al moto.

P. Domenico a. 26 da Brienno — Accolto il 23 Settembre — 09 — C. 5016.

È gravato da tara psicopatica diretta. Sì il padre che la madre hanno temperamento nevrotico, carattere eccentrico e bizzarro, tanto che vengono ritenuti squilibrati. Sta il fatto che il P. . . reduce dal servizio militare, in preda ben presto a idee di persecuzione, potè agevolmente destare nel padre un' intensa collaborazione delirante. Sì che il delirio venne tosto assumendo proporzioni altrettanto indistinte quanto vaste, per cui l' ammalato ritenendosi da un mondo di gente danneggiato nei propri interessi, assunse atteggiamenti minacciosi ed aggressivi. La sua ostilità era cieca, inconsulta, senza direttiva, e però la condotta disordinata, tumultuosa. — Basti il dire che un giorno mise sossopra la propria casa, manomettendone le masserizie e gettandole dalla finestra.

Durante il periodo di osservazione si mantenne singolarmente inquieto, aggressivo, laceratore, sotto il dominio di instabili errori sensoriali, a colorito grandioso o indifferente. Minacce, invettive, sproloqui, idee grandeggianti si alternavano a scrosci di risa immotivati, fugacissimi. Era re imperatore . . . . . aveva vinto la gran gara automobilistica ecc. . . . . . Faceva mille smorfie, era manierato, negativista; pressochè incapace di attenzione, mostrava nondimeno di riconoscere l' ambiente. L' intensa agitazione sconclusionata con delirio caotico si riacutizzò dopo una brevissima fase di tregua.

Attualmente il P. serba contegno stranissimo: beve l'urina mingendo nel palmo della mano, o mandandosi il getto in bocca, fa lavori di plastica fecale. Strappa gli abiti e ne fa abbigliamenti grotteschi. Ride senza causa, risponde con giuochi di parole senza senso; è vorace, non conosce misura; abulico, non sente affatto i vincoli frapposti alla propria libertà nè la noia dell' ozio.

Su questo sfondo di anemotività si svolgono tratto tratto episodi di singolare perturbamento. Una stereotipa allucinazione cenestesica, provocata da uno stimolo unico preludia alla violenta agitazione. Il saluto militare che l' ammalato è solito dirigerci è sostituito da un subito atto ri-

pulsivo, in obbedienza ad un " influsso malefico, che irradiandosi dal sanitario, si riverbera nei suoi visceri ,,.

Epperò non appena lo avviciniamo, egli rigidamente ci volge le spalle, e rimane in attitudine statuaria, finchè non ci siamo di molto allontanati, o non abbiamo abbandonata la sezione. Ripeta o meno in seguito, quando ancora lo si avvicini, il peculiare impulso negativistico, è notevole lo stato di irascibilità da cui mostrasi quindi dominato. Egli appare sempre più tetro, concentrato e scontroso, ci investe con insulti vivaci, finchè tenta aggredirci. Questa condizione di ostilità si mantiene per qualche giorno assai intensa; al colorito della violenza verbale tien dietro un ostinato mutacismo e negativismo.

Ben quattro volte l'episodio di agitazione irruente apparve così preannunciarsi, tanto che in questi giorni fu possibile prevenirlo.

Isolato in cella il P. serba contegno significante; si carica sulle spalle il fardello della biancheria del letto, portandolo quindi in giro « a prevenire fermo di contrabbando » o della coperta si foggia un manto, con cui si toglie completamente ai nostri sguardi, o assume stereotipate attitudini di preghiera.

Alle sindromi psicopatiche, che nei cinque casi clinici presi in esame preannunciano gli stati di eccitamento catatonico, non è irrazionale attribuire il significato di aura. — Dessa si presenterebbe sotto diverse forme; psico-sensoria nel 1.° caso (stato sentimentale triste, iperestesia emotiva; allucinazioni terrifiche): essenzialmente psichica nel 2.° (sdoppiamento della coscienza) sensoriale nel 3.° 4.° e 5.° (turbe cenestesiche). Ha caratteri ben definiti: insorge acutamente, è duratura, riceve particolare impronta da quell'atassia psichica che è stigmata del processo morboso fondamentale. In sè non contribuisce, come a tutta prima potrebbe sembrare, a stabilire eventuali affinità sindromiche: di fronte all'insorgere dell'aura l'entità clinica della forma psicopatica rimane immutata.

Da un limitato numero di indagini sarebbe prematuro voler trarre conclusioni; occorre moltiplicare i casi, pur riconoscendo che è tutt'altro che facile, nè sempre possibile, in piena incoerenza mentale e nel predominio dei fenomeni di automatismo, rintracciare il costante ed identico ripetersi di determinati disturbi, cui possa assegnarsi il valore di "aura ,,.

Ma frattanto io voglio segnalare l'analogia dei miei reperti con

quelli ottenuti dal D.r MAGGIOTTO in un' altra serie di ricerche (3). Nel campo della frenosi maniaco-depressiva il MAGGIOTTO, alle descrizioni dei soliti sintomi iniziali, ha contrapposto una casistica di stati di eccitamento e depressione con aura prodromica così precisa da acquistare valore profilattico, ma pur con caratteri suoi proprii, che la separano nettamente, come quella da me osservata in dementi precoci, dall' aura psichica epilettica.

(3) Stati di eccitamento e di depressione con aura prodromica. Note e Riviste di Psichiatria V. II. N. 3.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra

SULLA TEORIA DELLA DIASCHISI (di V. Monakow)

Contributo allo studio delle localizzazioni cerebrali

per il

Dott. M. Levi Bianchini

Dalla prima comunicazione di Marc Dax al Congresso di Montpellier del 1836 sulle "Lesioni della metà sinistra dell'encefalo coincidenti con la perdità dei simboli del pensiero,,: da quelle, più celebri e conosciute del 1861 alla Société Anatomique e del 1863 alla Societé d'Antropologie, di Broca, un numero ragguardevole di ben documentati fatti clinici e di ricerche sperimentali hanno consacrato, nella dottrina delle localizzazioni cerebrali, la più grande conquista moderna della clinica e dell'anatomia nervosa.

Conviene tuttavia riconoscere che la irresistibile seduzione e la semplicità schematica della teoria, hanno aperto un vasto campo ad illazioni non sempre rigorosamente dimostrate: perchè, sia nel corso delle esperienze di laboratorio che delle acquisizioni cliniche, gli autori sono stati troppo spesso e facilmente condotti ad identificare in uno, due fatti diversi; cioè *la localizzazione di "sintomi morbosi,,* con *la localizzazione di "funzione,,*.

E per verità, non tutti gli studiosi delle funzioni cerebrali sono disposti ad accettare, come è ancora generalmente decretata, una divisione quasi geografica del mantello corticale in distretti funzionali esattamente delimitati. Certo, noi conosciamo sintomi locali tanto chiari da permetterci con sufficiente esattezza una diagnosi di focolaio: ma

è noto che funzioni anche complicate ed elevate (intelligenza della parola, formazione della parola, riconoscimento degli oggetti) possono alle volte quasi completamente sopravvivere alla distruzione - sia pur monolaterale dei loro presunti centri e vie conduttrici: come pure funzioni egualmente alte possono scomparire a completa integrità delle zone corticali a loro finora attribuite.

Così, nel campo dell'afasia, sono numerosissimi i casi in cui la lesione, dalla ristretta zona classica, si estende, variamente, all'opercolo di Rolando, alla 2.ª frontale, al nucleo lenticolare e caudato, all'insula, alla capsula, alla 1.ª parietale ecc: senza che si possa sempre, in tutti questi, stabilire una esatta connessione fisiopatologica (sia quantitativa che qualitativa) fra territorio distrutto e funzione distrutta: tanto più infine che si conoscono altri pochi ma bene accertati casi di totale distruzione della frontale di Broca nei quali mancò il benchè minimo sintomo afasico. Fu appunto sugli elementi contradditorii accumulatisi nell'ultimo trentennio che il MARIE emise nel 1906 le note - se pur non troppo rigorosamente anatomiche, idee sulla revisione del problema.

Esistono in una parola, a base delle localizzazioni, tre ordini di fatti spesso incongruenti, ma di eguale importanza: i positivi, i negativi, i paradossali: e se i primi riescono a mantenere incontaminato il *concetto generico di localizzazione*, i secondi ed i terzi riescono vittoriosamente a dimostrare che non il concetto, ma la *localizzazione della "funzione,,* come oggi è ammessa, deve, perlomeno in alcune sue parti, venir modificata o accettata con qualche riserva.

I sostenitori delle localizzazioni cerebrali spiegano, come è noto, i casi negativi o contradditorii in due modi: o ammettendo una *bilateralità funzionale* (ambidestrismo) o la *vicarietà funzionale.* Ma se queste sono ipotesi ben lungi dall'esser dimostrate, è certo ancora che quanto più in alto grado i *"localizzazionisti,,* concedono a sezioni corticali indifferenti la capacità di assumere funzioni a loro originariamente estranee, tanto più essi vengono con le loro stesse mani a distruggere il principio della specificità dei centri corticali ed a scuotere con ciò la base della teoria localizzazionista.

Un eguale contrasto si osserva, oltre che nella localizzazione di una funzione anche nella sintomatologia di una lesione di focolaio. Se ogni ictus corticale si può, fondamentalmente, spiegare o con la distruzione anatomica di centri e di punti di partenza di determinati meccanismi con quelli comparentati *(momenti anatomici)*

o con *momenti patologici* strettamente connessi alla natura del processo originario (malattia originaria, lesioni circolatorie, edema, replezione ventricolare, compressione della sostanza cerebrale, momenti tossici ecc.), è certo che non sempre il sintomo corrisponde esattamente al focolaio e che *molti sintomi locali gravissimi possono insorgere e permanere indipendentemente dai momenti anatomici e patologici* ora cennati. Ognuno sa, ad esempio, quanto - naturalmente entro certi limiti - possano variare i sintomi di una stessa lesione corticale. Così, nella distruzione della parietale ascendente si possono osservare tutti i gradini clinici che vanno dalla completa emiplegia, aprassia, emianestesia fino ad una ben compensata emiatassia della mano con movimenti abbastanza attivi, se pur incompleti di prensione: senza che si possa sempre connettere la gravità e durata del sintomo con la natura e ampiezza del focolaio.

Come si spiega adunque, nei casi in cui non sono sufficienti i momenti anatomici e patologici locali, la varietà, la divisione e l'insorgenza dei sintomi più contradditorii?

Tale quesito, intravisto da alcuni autori oramai scomparsi, e posto recentemente sul tappeto dal MONAKOW, diede occasione, a questo autore, di aggiungere - ai momenti anatomici e patologici locali generalmente invocati per spiegare una sintomatologia corticale - un'altra serie di "*momenti dinamici*,,: la cui comparsa, pur condizionata ai fenomeni di *ictus*, si svolgerebbe non propriamente "*in funzione*,, ma quasi *in opposizione*, di esso: e che il MONAKOW chiamò fenomeni di "*Diaschisi*,,.

È noto che in una lesione corticale sperimentale si osservano due ordini di sintomi locali: i *temporanei* (iniziali) e i *residuali* (permanenti): di cui i primi sono variabili per intensità, durata e facilmente scomparibili (e per ciò quasi sempre *transitorii*): i secondi invece sono necessariamente condizionati alla natura e sede della zona distrutta, e per ciò *permanenti*. Questi rappresentano il *minimum* sine quo non di una lesione di focolaio; quelli l'elemento fenomenico secondario: elemento che però alle volte può assumere un valore preponderante, indipendentemente dalla ampiezza anatomica e funzionale del focolaio stesso.

Studiando sperimentalmente appunto i sintomi locali iniziali, e non potendo derivarli nè da momenti anatomici nè patologici locali, già molti anni or sono il GOLTZ (cui più tardi si accostarono CHAR-

COT e HITZIG) aveva ammesso che dipendessero da fenomeni di *inibizione attiva*, dovuta a *processi irritativi irradiantisi dal centro leso alla periferia* (*irritative Hemmung*): mentre dopo di lui il LOEB li aveva addirittura identificati con i fenomeni dello *shock chirurgico*.

Secondo il MONAKOW, che riprese ampliandolo il concetto intuitivo di GOLTZ modificato da LOEB, molti sintomi locali di focolaio dipendono appunto *non* da una *sospensione attiva*, abnorme, partente dal segmento cerebrale offeso, ma consistono in una *reazione passiva, inibitoria*, da parte di località poste *"al di fuori"* del focolaio primitivo: cioè in fenomeni di *arresto*, esattamente differenziabili dai momenti anatomici, circolatorii e strettamente patologici.

Per *diaschisi* il MONAKOW intende *una sospensione di funzione, simile allo shock, provocata generalmente da lesioni acute di focolaio, che non lede in primo tempo centri corticali lontani dal focolaio ma stretti a questo da rapporti anatomici.*

Si sa che l'interruzione di conduzione provocata da un focolaio corticale, priva della loro naturale sorgente d'eccitazione e isola parziamente molti altri territorii corticali eccentrici: e che in ogni focolaio di qualche importanza vengono interrotte tanto fibre commessurali che associative che proiettive. Per tal modo, *l'isolamento* riferibile alla diaschisi si estende, teoricamente a tutte e tre le categorie: e le vie stesse, a seconda della sede del focolaio e del modo come sono connesse a questo, trasmettono di rimbalzo - per così dire - la reazione del momento alle loro rispettive stazioni terminali della sostanza grigia. Naturalmente la diaschisi può partire e finire in una stessa categoria di fibrovie, perchè il focolaio può colpire una località nella quale tutta la categoria è suscettibile di venir distrutta. Il MONAKOW ammette, in base a ciò, tre varietà fondamentali della diaschisi: cioè *commessurale, associativa, corticospinale* (o di proiezione, con le varietà corticomesencefalica, tegmentale ecc.).

Nel primo caso i fenomeni della diaschisi si riferiscono al sistema delle fibre commessurali; nel secondo a quello delle vie associative lunghe e corte, nel terzo si ha interruzione prevalentemente di fibre di proiezione e fenomeni di "isolamento" ad esempio, da parte dei peduncoli o della sostanza grigiaspinale. In tutti questi casi però di isolamento della sostanza grigia alle stazioni terminali delle fibre interrotte si deve ammettere come principio fondamentale che la le-

sione funzionale non si limita solo ai neuroni direttamente collegati col focolaio, ma si estende anche ad altri complessi neuronici vicini, *collegati solo indirettamente, per legami fisiologici*, con i primi.

Così, in armonia con quanto risulta dalla fisiopatolagia sperimentale, si possono, dal punto di vista anatomo-clinico, distinguere nelle lesioni corticali (prescindendo da altri momenti patologici e vascolari) due modalità di reazione: *la diretta e la indiretta*. I gruppi cellulari compresi nel focolaio corticale cadono in uno stato di maggiore o minore inattività permanente e spesso degenerano perdendo ogni loro caratteristica di componenti anatomici della funzione. Solo questi elementi, *direttamente* colpiti, costituiscono la base anatomica della perdita di funzione, cioè i sintomi *residuali* nello stretto senso della parola. I conglomerati neuronici invece, *indirettamente* colpiti, rappresentano i veri *portatori della diaschisi:* costituiscono, insieme agli altri momenti patologici, vascolari ecc., l'elemento *variabile* della lesione di funzione e la loro alterazione, in conformità del loro carattere di *shock*, è essenzialmente *transitoria*.

La tavola qui unita dà una rappresentazione schematica del processo della diaschisi, come è stata disegnata dal Monakow stesso. Ammesso, ad esempio, un arresto di eccitabilità dell'arco *B.* e dell'arco *C.*, offesi in primo tempo da un focolaio, questo arresto si estende anche ad un altro arco *D*, legato bensì anatomicamente e funzionalmente, ma in via *indiretta* al primo. Nei primordii della lesione, questi archi vanno *contemporanemente* perduti per la funzione; ma i primi, B. e C. in via *permanente;* il terzo, *D*, in via *temporanea*.

Diamo un esempio concreto. Una vasta emorragia nella parietale ascendente provoca alle volte una emiplegia floscia così grave, che nella gamba paralizzata del lato opposto viene abolito per qualche tempo perfino il riflesso patellare. (F. Müller, v. Valkenburg, v. Monakow). L'unico postumo necessario, in una distruzione sperimentale totale della circonvoluzione citata consiste tutt'al più in una lieve atassia (corticale) con lieve contrattura: disturbo che permette ancora un uso limitato del braccio e della gamba offesi: mai e poi mai si ha come esito necessario una acinesia floscia totale, con sospensione del riflesso spinale. È naturale che in questo caso (esclusa una casuale coesistenza di una mielopatia primitiva) la sospensione funzionale dell'arco riflesso spinale non può spiegarsi che in modo *dinamico*. Si tratta in questo caso, secondo il Monakow, di una diaschisi cortico-spinale; i cui punti

di partenza si trovano nella sostanza grigia del midollo lombare; ciò che pare dimostrato dal fatto che per solito il riflesso patellare ricomparisce bentosto e che poco per volta anche la gamba diventa più libera fino a residuare solo una leggiera paresi. Quest'ultima rappresenta, nell'esempio citato, la lesione *residuale*: mentre l'abolizione del riflesso spinale rappresenta il disturbo *temporaneo*, sovrapposto a quella, per opera della diaschisi.

Più complicati sono invece i punti d'attacco della diaschisi nella corteccia dello stesso lato del focolaio. In questi casi, come in tutti quelli di diaschisi commessurale e associativa, si verifica necessariamente una distruzione elettiva di gruppi neuronici intimamente connessi e funzionalmente comparentati; e si osservano per ciò i sintomi della più alta dignità, come ad esempio l'aprassia, l'afasia, l'asimbolia. Le gravi emiparesi invece, che susseguono spesso ad un focolaio acuto, rappresentano la fusione di varii sintomi di diversa importanza: cioè sintomi residuali e fenomeni di diaschisi.

La teoria della diaschisi presenta anzitutto il vantaggio di potersi sostituire all'ipotesi della vicarietà. Infatti le *guarigioni parziali* di un focolaio (ricupero rapido o tardivo di alcuni componenti di una funzione distrutta: ad esempio del linguaggio) si spiegano molto semplicemente con una *successiva o saltuaria remissione della diaschisi*: le *guarigioni totali* con una *spontanea e completa remissione* di fronte ad una più energica ripresa funzionale delle vie nervose rimaste normali, in tutto il sistema nervoso centrale e più specialmente nei punti di attacco della diaschisi stessa.

Alla teoria di Monakow, esposta per la la prima volta nel 1902, non sono mancati gli appoggi, e le obbiezioni. Due di queste, cui il Monakow rispose nella sua ultima memoria sull'argomento (1909) hanno maggior peso, e sono:

1. Come si spiegano, con la diaschisi, i casi *classici* di localizzazione, quelli cioè nei quali i sintomi classici dell'ictus locale sono rimasti durevolmente, per anni, ed anche fino alla morte?

2. Perchè i fenomeni della diaschisi non si svolgono in modo eguale e regolare in ogni caso, e perchè in questi essa può spesso, e del tutto anche, mancare?

Alla prima obbiezione il Monakow risponde che non tutti i sintomi che *durano a lungo*, possono e debbono venir compresi nei ben noti *sintomi residuali*. Se in un dato focolaio corticale permane, per

molti anni, un corteo notevole di fenomeni, conviene sempre fare una rigorosa distinzione fra i veri sintomi residuali, caratteristici del campo corticale leso, ed altri co-fenomi estranei di varia dignità: i quali, lungi dal costituire la lesione *necessariamente* residuale, non rappresentano altro che dei fenomeni di *diaschisi protratta*. A questa si deve ascrivere - per esempio - una gran parte dei casi di afasia - agnosia, cecità psichica ecc., prodotti da focolai irregolari o lacunari nella regione dell'afasia: ed in questi casi si deve ammettere che la *diaschisi temporanea* ha sopraffatto, con l'aiuto di altri fattori, la naturale ripresa funzionale delle vie innervatrici rimaste normali. Ciò avviene frequentemente quando si abbiano, nelle regioni risparmiate dal focolaio, delle condizioni vascolari sfavorevoli (arteriti, trombosi, atrofia cerebrale ecc.) o esistano delle predisposizioni ereditarie (momenti individuali) o delle gravi alterazioni nutritive dei muscoli degli arti (mancanza di esercizio, contratture secondarie ecc.)

La seconda obbiezione si basa su recenti ricerche sperimentali. ROTMANN, distruggendo sperimentalmente le vie piramidali, osservò che l'animale riprendeva (con difetto) le sue funzioni, rapidamente o subito dopo l'operazione; presentava cioè i soli sintomi *residuali* (atassia): e concluse che « se la diaschisi non si verifica in tutti i casi, la sua insorgenza e scomparsa dipendono più direttamente dalla forza generale dell'innervazione cioè dalla capacità dell'individuo di rimettere in equilibrio le funzioni distrutte: essa perde con ciò il suo carattere principale, fondato sulla base fisiologica e si manifesta come un fenomeno irregolare, costituito solo da un'abnorme debolezza del sistema nervoso ». Egualmente, anche prima, si era espresso HITZIG, basandosi sui dati di STARLINGER, secondo il quale, pure, cani cui erano state recise le piramidi giravano, subito dopo l'operazione apparentemente illesi e non presentavano alcun sintomo iniziale nel senso della diaschisi.

A questi rispose il MONAKOW osservando che se la diaschisi alcune volte manca, non per questo essa perde il suo carattere rigorosamente fisiologico, nè essa deve, d'altra parte, *necessariamente* istituirsi in tutti i casi. Anche lo shock traumatico, al quale essa è strettamente affine, in alcuni individui si istituisce, in altri no, senza che per questo si possa spogliarlo del suo altissimo significato fisiologico. La diaschisi è appunto una speciale forma di shock la cui comparsa ha per condizione una interruzione acuta di vie conduttrici ana-

tomiche, raggruppate con modalità molto precise nel sistema nervoso centrale. Si deve parlare di *diaschisi*, come di *shock*,, solo allorquando, dopo un attacco cerebrale, agli inevitabili sintomi *residuali* si uniscono alcuni altri *concomitanti*, per se stessi abbastanza tipici, ma solo *temporanei*: fenomeni che *non* possono venir spiegati con la sola essenza patologica del focolaio morboso. La loro maggiore caratteristica non sta tanto nella eccezionale regolarità con cui si istituiscono, quanto nel fatto che essi si svolgono entro una cornice clinica abbastanza determinata e in stretta connessione con gli altri sintomi del focolaio.

E del resto non è nemmeno esatto che nelle lesioni sperimentali manchino sempre, o quasi, i sintomi riferibili alla diaschisi. GOLTZ e HITZIG stesso hanno osservato che dopo vaste lesioni del cervello potevano insorgere, ad esempio, disturbi visivi anche quando la sfera visiva era totalmente risparmiata e intatta: ROTHMANN, nelle sue esperienze di distruzione unilaterale dei cordoni laterali riferì che gli animali potevano riprendere l'uso degli arti non immediatamente dopo l'operazione: (come avrebbe dovuto verificarsi se fosse mancato ogni fenomeno di diaschisi): ma di solito dopo due ore e anche più. In questi casi si ha per conseguenza tutto il diritto di ammettere che si sieno istituiti dei fenomeni di diaschisi: anche se questi si sono molto rapidamente dileguati.

Accettando la teoria della diaschisi si possono adunque, con maggior precisione che per lo passato, non solo separare i sintomi *residuali*, necessarii, dai sintomi *temporanei*, transitorii di un focolaio; ma è dato ancora trattare da un punto di vista più indipendente e meno univoco la dottrina ed i fenomeni delle localizzazioni. Tutte le contraddizioni esistenti fra le incerte deduzioni anatomiche e i sintomi clinici da una parte, e l'analisi stessa del concetto di diaschisi dall'altra impongono, come fondamento nello studio anatomico e clinico delle localizzazioni, una distinzione fondamentale: quella cioè che si deve fare fra *localizzazione dei sintomi e localizzazione della funzione.*

Secondo la dottrina di MONAKOW, la localizzazione dei cosidetti sintomi di focolaio è essenzialmente *una complicata reazione da parte delle stazioni rimaste illese del sistema nervoso centrale sull'ictus corticale:* mentre la localizzazione di una funzione, come è noto, non è altro che *la distribuzione degli elementi della funzione stessa*,

fisiologicamente analizzati, negli apparati ad essa destinati in tutto il sistema nervoso centrale.

Noi dobbiamo riconoscere per verità, che le nostre conoscenze anatomiche e fisiologiche *positive* sulla localizzazione delle funzioni cerebrali sono ancora molto oscure. I soli punti anatomici *bene* localizzati nella corteccia sono rappresentati finora dai foci, centri limitatissimi, spazialmente, di sinergie muscolari corticalmente rappresentate: per quanto riguarda invece le funzioni complessive, noi non sempre possediamo una esatta divisione analitica dei loro elementi fisiologici e manchiamo con ciò del mezzo più elementare e fondamentale per localizzare nel sistema nervoso i loro componenti tettonici. Le sfere sensoriali e psichiche pure, sono probabilmente vaste estensioni corticali, forse bilaterali, in cui certamente esistono zone predilette di funzionalità e di morbilità: ma noi siamo ben lungi, con ciò, dal potere attribuire a quelle, nella misura e nella sede oggi comunemente ammesse, questa o quell' altra *precisa* attività psichica o psicosensoriale.

Oggi insomma noi localizziamo anatomicamente nella corteccia solo dei componenti elementari di una funzione: come quelli che servono, ad esempio, all' orientazione spaziale ed ai movimenti di risposta agli stimoli, con questa strettamente collegati. Tutte le altre funzioni che partono dai territorii sensoriali, come la differenziazione delle qualità degli stimoli, le sensibilità, i componenti mnestici; ma sopratutto i fattori psichici non possono, con le conoscenze attuali, venir localizzate per "centri„ o per "isole„ nella corteccia.

Tale quesito però, rispetto alla teoria della diaschisi passa in seconda linea. Ciò che in sostanza la teoria della diaschisi vuol dimostrare è che non tutti i sintomi di una lesione di focolaio devono considerarsi unicamente come la diretta conseguenza della distruzione anatomica degli elementi nervosi locali o dei processi patologici speciali che la accompagnano. Essi sono anche l' espressione di *azioni dinamiche concomitanti* che prendono partenza dai territorii grigi corticali o subcorticali legati da fibro-vie con la regione della lesione e che si diffondono elettivamente nei territori vicini ai neuroni isolati. In questi territori l' interruzione di conduzione nervosa è sostanzialmente *temporanea*: ma di tal natura che può metter fuori di funzione interi conglomeramenti cellulari concatenati; isolarli dai loro stimoli corticali posti all' infuori del focolaio e condurre così eventualmente anche ad una *diaschisi protratta.*

Tali modalità di azioni dinamiche, ancora non completamente interpetrate, ma del più alto valore sintomatico e fisiopatologico costituiscono quel "quid„ posto fra lesione anatomica e quadro clinico, che il MONAKOW ha chiamato "*diaschisi* „.

Lavori consultati

ASHER UND SPIRO — Ergebnisse der Pysiologie — Bd. I 1902 — Bd. VI 1902.

GRASSET — Les centres nerveux — Paris, Bailliere, 1903.

BIANCHI — Psichiatria — Napoli Iovine.

HITZIG — Alte und neue Untersuchungen über das Gehirn — Arch f. Psych. 36 Bd. I Hft. p. 1. 1902.

ID. Einige Bemerkungen zù der Arbeit v. Monakow 's. Ueber den gegenw. Stand der Frage nach der Lokalisation im Grosshirn — Arch. f. Psych. 36 Bd. 3 Hft. pag. 907.

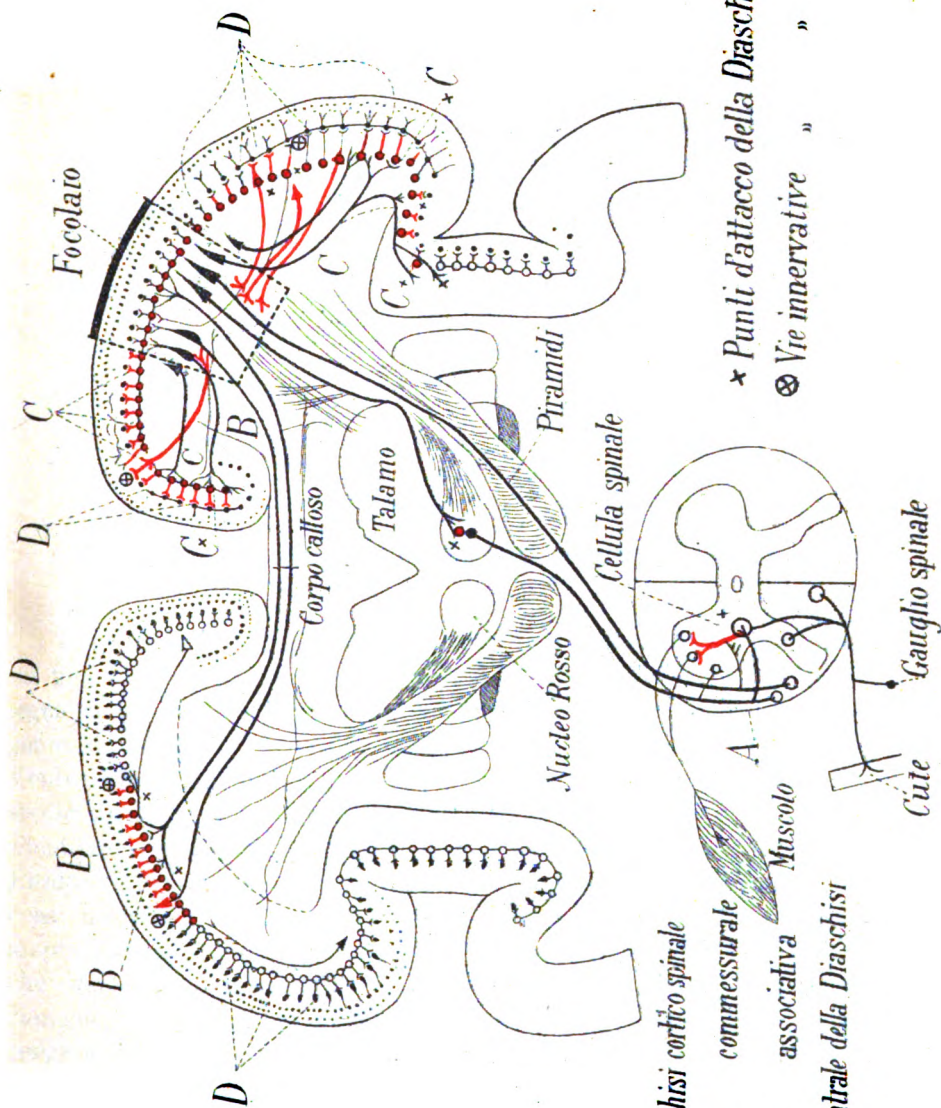
MINGAZZINI — Anatomia clinica dei centri nervosi — Torino U. T. E. 1907.

v. MONAKOW — Gehirnpathologie — 2.ª Aufl. 1905.

ID. Allgemeine Betrachtungen über die Lokalisation der motorischen Aphasie — Deutsche Med. Wochenschr. n.° 37 - 38 1909.

ID. Neue Gesichtspunkte in der Frage nach der Lokalisation im Grosshirn — Correspondenzblatt f. Schweizer Ærzte - n.° 12 - 1909.

ROTHMANN — Ueber die Ausfallerscheirnùngen nach Laesionen des Centralnervensystems — Neurologisches Centralblatt. n.° 13 - 1907. p. 594.

TANZI — Psichiatria - S. E. L. Milano.

Focolaio
Corpo calloso
Talamo
Nucleo Rosso
Piramidi
Cellula spinale
Muscolo
Cute
Gauglio spinale
A Arco per la Diaschisi cortico spinale
B „ „ commessurale
C „ „ associativa
D Via innervativa centrale della Diaschisi
× Punti d'attacco della Diaschisi
⊗ Vie innervative „ „

IL MAGGIOR CAPITOLO DELL'ANTROPOLOGIA CRIMINALE

PRELEZIONE (1) DEL Dr PROF. F. DEL GRECO

Signori!

I.°

Mancanza di connessione tra Biologia criminale e Diritto.

Quel fervido, operosissimo ingegno di GAETANO ANGIOLELLA [la cui fine immatura ci ha tanto commossi] scriveva nel 1894 una rassegna critica sulla Rivista di Freniatria. Con parola rapida e stringente discuteva lo stato, in quell'ora, dell' Antropologia criminale. Veniva alla conclusione: essere per questa disciplina inevitabile lo studio metodico del "carattere„ nei delinquenti. Fuori da un simile obiettivo non appariva completa la giovane Scienza — E poco dopo, ENRICO FERRI, nel Congresso Internazionale di Ginevra, affermava la cosa medesima. Diceva quanto fosse necessario integrare il movimento analitico delle ricerche, sulle particolarità somatiche e psichiche dei criminali, con l'altro sintetico. Urgeva lo studio del temperamento, dell' uomo criminale, in quanto unità. Quindi additava il sorgere della Etologia criminale. — Intorno a quell'epoca, ricercavo anch' io, seguendo lo istesso ordine d' idee (2). E con noi, e prima di noi, molti osservatori stranieri.

(1) Agl' Istituti clinici di perfezionamento di Milano — Primavera del 1910.

(2) *Il Temperamento epilettico* — dal "Manicomio mod. „ 1893 — *Di alcune recenti vedute in Psichiatria* — Id. 1893 — *Il delinquente paranoico omicida*, dalla Scuola Positiva, ecc. Roma, 1894 ecc.

Tacitamente si riconosceva, che la indagine strettamente biologica del criminale appariva inadeguata allo scopo — Fra il *Diritto* e la *Biologia criminale* vi era un ponte dall'arco oscillante e sottile.

Chiunque avesse desiderio di provare tutta la rudezza di passaggio dalla seconda al primo, altro non faccia, che scorrere le pagine degli Atti del 1° Congresso Internazionale di Antropologia criminale, tenutosi in Roma nel 1885. Volume notevolissimo per elevate questioni e promesse luminose.

Tutto è ordinato in due capitoli, nella *Biologia* e nella *Sociologia* criminale — Con la parola Sociologia criminale intendevano due cose: lo studio della criminalità dal punto di vista sociale, inoltre il trapasso di deduzioni biologico - criminali nel campo del Diritto e della Legislazione.

Bene meditando quelle comunicazioni importantissime, si sente nondimeno che nell'ampia casa manca qualcuno. Eppure dovrebbe esservi. Manca l'ospite maggiore. Ricerchiamolo.

II

Il principio della Biologia criminale: correlazione fra organismo e condotta.

Qual'è il principio metodico di tutta la Biologia criminale? Principio, che fu gloria di Cesare Lombroso avere applicato con fede e perseveranza incrollabile?

È il seguente. Le alterazioni o modalità di " condotta ,, , le quali costituiscono la delinquenza nell'individuo, sono *correlative* a particolarità biologiche. Tra conformazione somatica e condotta vi è un legame notevolissimo.

Come si vede, fin dall'inizio il problema si poneva, girando (direi) la difficoltà massima. Anzichè studiare la condotta, *se ne studiava un correlativo*, passibile d'indagine obiettiva rigorosa.

Questo metodo è scientifico, fuori dubbio — In Chimica [per dare qualche esempio] non si studiano i pesi atomici, *come segno* di proprietà diverse nei " così detti „ corpi semplici? Non è questo il principio che regge le superbe divinazioni del Mendelejeff? — La Scien-

za opera in tal modo: si restringe al dato più vicino alla esperienza e su cui può meglio adoperare la *osservazione* e la *misura*. Per i rapporti e collegamenti fra il dato di esperienza [così bene fissato] e realtà ognora più oscure e profonde, la Scienza penetra, conosce le ultime.

Lo avere Cesare Lombroso estesa la misura a tutto l'organismo del criminale, l'essere su questo andato in traccia d'ogni particolarità caratteristica: tutto ciò denota, come fosse ponderato lo scopo della indagine sua.

Evidentemente la ricerca, pura e semplice, dell'*aspetto obiettivo* non basta. È necessario, che un simile aspetto sia veduto *in funzione* d'altra sfera di realtà. È necessario, che abbia valore di *segno, sia indicativo* — Quindi il postulato, su cui poggia tutta la Biologia criminale; vale a dire, *la correlazione tra forma ed organismo* da una parte, *psiche* dall'altra.

Correlazione, nota ab antico — La scuola del Lombroso, dominata dalla Filosofia materialista, prendeva questo concetto in maniera troppo assoluta. Forse non bene valutava quanto vi fosse d'ipotetico e relativo — Urgeva definirlo, stabilirne i gradi e modi particolari.

Critica impossibile all'inizio: fu espletata, via, via, dall'incremento medesimo della Biologia criminale — Accumulandosi fatti ed idee, sursero dubbî, limitazioni. Si vide, che la *correlazione* non era semplice. A turbare i rapporti tra psiche criminale ed organismo sorgeva un altro potentissimo elemento, *quello sociologico* — La condotta è in rapporto al nostro organismo. Senza dubbio: ma in rapporto con il *mondo sociale* ancora e grandemente.

III

L'elemento sociologico e le diverse Scuole in Antropologia criminale.

Verità giammai negata dal Lombroso — Anzi questi e la sua Scuola operarono di conserva con i ricercatori sociologi — Il metodo statistico fu applicato con molta estensione allo studio della criminalità. Si avvisarono rapporti notevolissimi tra specie e frequenze d'atti criminosi e condizioni biofisiche e sociali — Non dico, che la nuova

Scuola abbia essa inventata o favorita ognora simili studii. Tutt'altro: ma li coordinò fortemente al suo obiettivo.

È noto, che le uniformità statistiche sono leggi empiriche: possono guidarne [con approssimazione] alla ricerca di alcune cause, nello escludere od avvisare alcuni fattori — Non oltre — La Statistica è un punto di partenza e di arrivo, non è il sommo dell'arco. Le abbisognano altre Scienze più generali ed astratte — Qui sta il punto — La Biologia criminale moveva dal postulato di una correlazione tra " organismo „ e " condotta „, la Sociologia criminale vedeva anch'essa l'alterata condotta a distanza, nei suoi effetti e rapporti ambienti infiniti — I due ordini di ricerche giravano la difficoltà, senza prenderla di fronte.

Frattanto si definivano due scuole od indirizzi di ricerche: *la scuola biologica, quella sociale* — Per alcuni il delitto era un fatto di prevalente origine biologica, una reviviscenza atavica, espressione della lotta per la vita: veniva messo in rapporto con le idee darwiniste di quel tempo — Per altri era di origine sociale, mesologica. Questa seconda scuola dominava specialmente in Francia, ov'erano più che mai nell' animo degli studiosi le dottrine di LAMARCK e del QUETELET.

A questo doppio movimento si aggiunse un terzo ed importantissimo. Benchè confuso nel capitolo degli studii biologici, lo aveva preceduto e dava poi impronta al tutto. Si diceva: *la delinquenza ha origini organico - morbose: è un fatto degenerativo.*

Idea non certo nuovissima — La Storia della Cultura ignora le idee nuove del tutto, vede sempre idee in movimento: nascenti, che culminano, dileguano, con altra vita ritornano — Questa della origine morbosa del delitto veniva precisata allora da una falange di osservatori inglesi, francesi, italiani — Giammai era stata sistematicamente fusa nel complesso delle indagini sull'Uomo delinquente. Lo fu in quell'epoca.

Per tal modo la Criminalità risultava di tre motivi generatori, di quello *atavico, degenerativo - morboso, sociologico* — Tre motivi, tre scuole diverse, od indirizzi di ricerca, nel giro d'una medesima disciplina.

IV

La sintesi delle Scuole sta nella formazione della Psicologia criminale.

Si era giunti a questo punto, quando i ricercatori italiani ebbero il presentimento, che qualche cosa mancava alla loro Scienza: mancava il capitolo centrale, il capitolo che doveva connetterlo al Diritto — Importantissime le descrizioni bio-patologiche e sociali, lusinghiere le ipotesi che da quelle correnti d'indagini rampollavano; ma la sintesi non veniva, tardava a formarsi. Molti lo sentivano. Enrico Ferri, più degli altri, aveva fatto la rassegna di quelle ipotesi, di quei motivi generatori di criminalità: li aveva posti in rilievo, classificati — Bisognava andar oltre: *vederli fusi, operanti nella realtà viva dello spirito umano* — Ecco tutto — Urgeva una Psicologia criminale.

Per troppo positivismo, in cerca di fatti obiettivi, esteriori, avevano gli osservatori dimenticato il punto d'inizio costitutivo d'ogni criminalità: la *psiche umana* — Si era non diversi da colui, che cerca l'uscio di casa, e gira e rigira per i viali del giardino.

La Biologia, per quanto involgente rigorose correlazioni psicologiche; la Sociologia, per quanto cerchi i portati dell'attività umana; non sono esse [ripeto] la Scienza delle Azioni umane, della Condotta umana — La delinquenza è un fatto, non biologico, nè sociale obiettivo: *è un fatto psicologico-concreto.* Tanto vero, che non basta l'atto materiale del delitto. Bisogna per esso la *intenzione criminosa*, la *volontà ribelle* alla norma legale. Stigmate importantissima dell'atto criminale è la sua caratteristica " genesi interiore ,,. Quindi la Scienza della Criminalità, considerata dal punto di vista generale umano; dico, una simile Scienza dev'essere inizialmente *psicologica.*

Noi, italiani, abbiamo faticato terribilmente ad accorgerci di una tal cosa, vale a dire che tra *Biologia* e *Sociologia* criminale doveva sorgere un capitolo centrale ed unitario: la *Psicologia* criminale — I ricercatori d'altre nazioni se ne accorsero prima di noi — S' intende bene.

Nell' Inghilterra, in Francia, in Germania, vi era già una Psicologia empirica, scientifica, distinta dalla Filosofia. Non così in Italia — Veramente i nostri ricercatori e fondatori dell' Antropologia criminale raccolsero preziose osservazioni psicologiche, ma non ebbero il concetto di una Psicologia delle azioni criminali. Questa dev'essere *una ricostruzione metodica, progressiva di sviluppi interiori.*

Studio inseparabile tuttavia dalla Biologia e Sociologia criminale — In ciò potrebbe trovarsi l'originalità del pensiero italiano. Vale a dire nella idea, che una tale Psicologia, benchè distinta, non possa scindersi dagli altri capitoli, di cui risulta la complicata Scienza dell'Uomo delinquente.

Posta tra la realtà biologica e quella sociale, la Psicologia, ora detta, uopo è si svolga *in funzione* di questi due ordini di realtà e di Scienze o fra questi capitoli d' unica Scienza. N' è la sintesi e la espressione culminante.

V

Psicologia criminale e Scienza del Carattere: i rapporti con l' Etica.

Adunque tre Scienze — la Biologia, la Sociologia, la Psicologia — illuminano fatti e documenti sulla criminalità nell'Uomo; danno a queste ricerche sviluppi e direttiva. Costituiscono la parte dottrinaria dell'Antropologia criminale — Tre Scienze, che ancora fanno progredire la cognizione *dell' Uomo in genere*, dell' Uomo, unità concreta, *individuo* — Questa più elevata disciplina dovrebbe nomarsi Antropologia generale: l'Antropologia criminale ne sarebbe una specie.

In verità, con la parola Antropologia, molti studiosi intendono la *Biologia* soltanto dell' Individuo umano ed una Biologia, più che altro, *descrittiva.* Essi trascurano gli aspetti *psichici* e *sociologici* dell'Individuo — I due ultimi aspetti sono compresi d'ordinario nel giro di un'altra Scienza, tutt'ora in formazione: dico, nella Psicologia concreta umana, o del " carattere „ od Etologia, o Caratterologia, come dicono i tedeschi. — La Psicologia criminale in fondo non è che una particolare Caratterologia e deve seguirne il metodo.

La Caratterologia trae incremento dalla Scienza della Condotta

umana, dall'Etica — L'Etica va in traccia dei *massimi valori umani:* incomincia dal ricercare la Condotta nel suo sviluppo storico, in rapporto alle " istituzioni sociali „ ed in rapporto all' "individuo„, alle elevazioni e complicazioni della psiche individuale, concreta.

Non è compito mio entrare negli ulteriori sviluppi di una simile disciplina — A noi importa la 1.ª parte di essa, la descrizione della Condotta umana, ripeto: quello, che fu detto da alcuni il fondamento dell'Etica. L'opera nostra si riassume nella sentenza di B. Spinoza: *Humanas actiones non ridere, non lugère, neque detestari, sed intelligere.*

Ora un simile studio dà contributi notevolissimi alla Caratterologia, quando non coincide, per varii lati, con essa.

Oltre l'Etica, vi hanno le *Scienze medico - biologiche:* concorrono a mettere in evidenza altri aspetti della " Scienza del Carattere „ — Esaminiamo appunto questi ultimi, d'importanza grande per noi.

VI

Psicologia criminale e Scienza del Carattere: rapporti con le Scienze medico - biologiche.

Gli aspetti della " Scienza del Carattere „, in rapporto con la Medicina e con la Biologia, sono costituiti dalla ricerca dei fenomeni *psicorganici,* delle disposizioni mentali *originarie.*

È noto, che le origini subiettive, profonde delle azioni umane sono rese in minima parte evidenti dai fenomeni psicologici attuali ed ultimi. L'attualità cosciente è non di rado cangiante meteora, onda fugace sovra ignoti abissi d'animo.

Nell'individuo sono accumulate virtualità e direzioni psichiche molteplici. Dappresso alla coscienza luminosa digradano forme di coscienza ognora più oscure ed involute.

Perfino i massimi prodotti dello spirito, le idee ed i sentimenti più elevati cadono in latenza, si stratificano nell'intimo nostro, sfuggono alla introspezione d' ogni ora. E balzano compiute, frementi negl' istanti d'ispirazione, come un'altra persona nella persona, sollevandone a palpiti, a pensieri inusitati.

Adunque la istessa vita mentale superiore si allarga e sfuma

nella subcoscienza e virtualità — E di qualsiasi nostra virtualità psichica *correlativo importante* [*non unico*] è la *forma dell' organo*, la *espressione mimica* e *funzionalità nervosa*.

Idea di grande valore per la Scienza del Carattere criminale — La criminalità, tipica, pura, è prevalenza delle *impulsività istintive* sul volere morale, *sulle inibizioni etico-giuridiche* — Senza dubbio, con gl'istinti di nutrizione ed aggressione vi è l'istinto di amore verso la prole, di socievolezza. La simpatia, la tendenza gregaria umana hanno pure un fondo istintivo — Non è vero del tutto il concetto dell'HOBBES: homo homini lupus. Esso indica un lato solo, per quanto evidentissimo, della umana natura — L'uomo è animale gregario, non lo si trova mai isolato. Quando è solo, è infermo di mente.

Senza dubbio, ripeto — Tuttavia bisogna considerare, che, fra gl'istinti nostri, importantissimo è quello di nutrizione e combattività. È l'affermazione della unità biologica nostra, dell'unità nostra, *in quanto organismo*, rispetto a noi, *unità sociale, persona fra le persone*.

La delinquenza, nel formarsi, importa che salga in prima linea questo peculiare fondo organico-istintivo — La Psicologia o " Scienza del Carattere „ criminale, più che la Scienza del Carattere in genere, non può trascurarlo: lo ritrova plasmato variamente, nella *forma e funzione della nostra totalità organica* — Fu profonda, genialissima idea di CESARE LOMBROSO lo insistere sopra quest' ordine di ricerche.

VII

I contributi della Psicopatologia.

E la follia? Tocca essa il fondo della umana natura? L'altera, lo disgrega? — *Non lo tocca compiutamente* — La ordinaria follia non giunge colà. Quantunque involga la personalità intera, è *in particolar modo* alterazione di autocoscienza, di coscienza personale, fa sentire l'opera sua nefasta sui *poteri medii, centrali* dello spirito — Per questa ragione non è stato mai possibile confondere la " follia „ con gli aspetti individuali ed organici della criminalità. E ciò, malgrado che osservatori d'alta competenza vi abbiano trovate note comuni.

La follia altera la Mente, fiacca del Carattere le sue consapevoli, più delicate espressioni: tocca, d'ordinario, in minor grado l'aspetto nostro istintivo, psico - organico — Nondimeno, in quanto infirma la parte nostra più complessa, meno stabile; vi apre squarci, linee profonde. E queste linee cadono giù, *rivelano* discontinuità, manchevolezze originarie, lontane, mal celate.

Per via non diretta opera quindi la follia — È un reattivo, un rivelatore di *tendenze istintive* e di caratteristiche individuali.

Eppure tra folli e delinquenti vi hanno alcune note comuni — GASPARE VIRGILIO, fra gli altri, in Italia, lo ha dimostrato — Come intenderlo?

La Psichiatria, con lo studio delle pazzie lucide, degli stati misti dello spirito, dei difetti psicopatici, ecc., aveva dato a noi la chiave di un simile enigma — Osservatori contemporanei, come I. GRASSET, l'insigne clinico di Montpellier, ed altri, vi tornano insistenti.

Tra follia e sanità essi veggono una *semifollia*.

A molti patologi sembrerà ciò un paradosso. O vi è follia, o non vi è: può essa venir graduata, ridotta in dosi, come una soluzione farmaceutica qualsiasi?

È bene intendersi — Una indagine sui concetti di " sano „ e " morboso „ ne menerebbe lontani — Prendo altra strada e mi affretto a dire: in questioni di tal genere la Clinica è sovrana — Ora la osservazione clinica trova soggetti umani, i quali, senza essere in preda a follia, non sono da questa rimoti. E codesti soggetti o tipi hanno una fisionomia distinta, caratteristica.

VIII

Continua l'argomento: i semifolli.

Non impazziscono, a rigore, non cadono in preda ad un disordine mentale completo, duraturo o periodico — No — Pure hanno la mentalità *instabile*. Sembrano prossimi a naufragare nella follia e mai vi cadono, almeno giammai in modo nettissimo — Obnubilamenti rapidi, disorientamenti, distrazioni, nervosismi, strane simpatie od antipatie, azioni automatiche, saltuarie, interpolano, confondono, frastagliano la loro vita mentale.

In questi la personalità non è compatta, ha legami oscillanti, *nè varia al modo istesso degli altri uomini* — Nella maggioranza dei sani una nuova idea, un nuovo sentimento è increspatura d'onda sulla superficie del mare. Per toccar l'animo profondamente, per investirlo tutto, abbisogna di ripetizioni, persistenza e di altre bene definite condizioni — Al contrario, nei semifolli, qualche emozione od idea, un pò al di fuori del comune, li *trasforma* addirittura: mette in disordine l'edifizio personale, produce dislivelli impressionanti, trae in alto profondità ignote. Ed allorchè quegl' individui sembrano mutati, ecco, riguadagnano di un subito l'equilibrio, o meglio, la positura mentale ordinaria.

Com'essi intendono l'ambiente morale, che li circonda? — In modo particolarissimo. *Elaborano morbosamente le impressioni esterne* — Ognuno di noi, per comprendere ed agire, deve *completare* i dati della osservazione esteriore. Questo lavorio di completamento è fatto da essi in modo tutt'altro che normale. Concezioni deliranti a mezzo sbozzate, stranezze imprevedibili, impulsività brutte o perverse o nobilissime, si appuntano in quegli istanti di sintesi mentale.

Sbagliano in particolar modo, quando debbono intuire lo " stato d'animo „ dell'ambiente, in cui vivono, o dei particolari individui, con i quali sono in rapporto.

Insinuano, per questo lavorio d'intuizione d'animi altrui, elementi disastrosamente personali: preoccupazioni subiettive di difesa, offesa, orgoglio, paura, che li balestrano fra errori infiniti — Essi non di rado finiscono col perdere ogni contatto con la mentalità comune: argomentano, sognano, operano per loro conto. Se mogli o mariti o funzionarii, sono la disperazione, lo spavento addirittura, delle famiglie e di quanti li circondano.

I semifolli costituiscono una classe d'individui, molto varia ed estesa — Talvolta il quadro mentale, ora esposto, si accentua negli episodii o nelle stigmati psicopatiche: altre volte può cadere [benchè raramente] nella follia piena. E ciò, sia con il peso degli anni, sia con il sovraggiungere di condizioni biologico - morbose definite — D'ordinario la semifollia resta qual'è, fino alla età più tarda.

Tra gl'individui, ora ricordati, *si osservano ancora molti criminali* — Spesso i semifolli hanno certe imprevedute, strane *emergenze istintive profonde* tra gli alti sviluppi dello spirito. Alcuni presentano tali emergenze *caratteristiche* sulle altre. Sono antiumane,

nocive agli uomini, e s'inquadrano in tutto un modo di pensare e di agire, ribelle alle Leggi ed alla quiete pubblica.

IX

Il particolare determinismo delle azioni criminose.

Rappresentiamo con una curva la vasta famiglia criminale: ad un estremo i folli, all'altro estremo i sani di mente. Il vertice, il culmine è tenuto da soggetti mentalmente instabili, da semifolli — Notizia importante per noi: rivela a noi, tipicamente, *il determinismo delle azioni criminali.*

Di rado sono esse chiuse nel giro di una *completa modificazione patologica dello spirito,* ovvero si sviluppano *da questa rimote.* Nella grande maggioranza dei casi *hanno dell'uno e dell'altro.*

Il delitto, per quanto supponga condizioni morbose, è una particolare reazione, un particolare adattamento o disadattamento [se si vuole] al vivere sociale — Meglio dirò — Il criminale non è il folle inerte, avulso dai rapporti umani: egli vive in questi. Ha in questi una posizione caratteristica.

I criminali evoluti, i passionali mostrano specialmente una tal cosa — In essi vediamo la *genesi intima, progressiva dell' azione criminosa.* Sviluppo, storia di anima, che si ha *fra determinanti bio - sociologiche svariatissime, composite.*

L'intervento legale sorge alla fine. Il magistrato giudica l'ultima scena, la catastrofe: ma la chiusa del dramma non sta da sè. Ha tutta una storia (ripeto), che bisognerebbe non dimenticare ed è principio d'altre e svariatissime istorie — Il vivere comune si distende per intrecci enormi, infiniti d'influenze interpsichiche. La società umana è come una vasta nebulosa, che si risolve in punti non bene isolati. Sono gl'individui e le loro azioni — Ogni individuo è centro di stimoli, da cui rimbalzano attività perenni, stimoli per altri uomini.

Valga un esempio — La nostra Legislazione fa irresponsabile chi, al momento in cui commise il reato, era infermo di mente — Benissimo — Eppure vi sono moltissimi casi, in cui *quel momento fu rag-*

giunto attraverso lunghe oscillazioni d' animo. Si entrò man mano in follia. Le inibizioni morali e giuridiche avrebbero avute, *in sugl' inizii,* efficacia notevole.

I nostri giurati prosciolgono d' ordinario il marito che uccide la moglie in flagrante colpa d' adulterio, l' amante omicido - suicida, che pure non riuscì ad uccidersi dopo la strage — Veramente costoro non erano signori del loro giudizio e volere alla fine.

Il delitto però si è andato in essi formando via via. La sorda voce della opinione pubblica, il pensiero della impunità è stato un motivo operante ancora su quegli spiriti, quando cadevano nella follia e nel delitto

Qualcuno, dopo, ha confessato, che un nonnulla, un piccolo ostacolo li avrebbe fatti deviare — Il generale BOOTH, quello dell' esercito della salute, ha impedito non pochi suicidi con un sermone, stendendo a quegl' infelici la mano — Per parte mia credo vera una tal cosa — Non certo tutte, bensì parecchie, molte azioni illegali o suicide dipendono da poco, dal perdere il *contatto temporaneo* con la vita collettiva, estesa, simpatica umana.

Le scandalose assoluzioni, che si hanno alle Assise per reati di tal genere, rinforzano le male suggestioni della pubblicità e della letteratura perversa — L' uomo vuole essere punito ed amato: due cose che ci tengono stretti al vivere sociale.

Anche sul folle, se non folle gravissimo, una certa inibizione morale si ha dall' ambiente — 'E il principio che regge la cura morale nei manicomii.

Qui mi arresto — Ho voluto sfiorare appena la oscura questione del determinismo e della responsabilità dei criminali, per dimostrare a voi il problema massimo, centrale della nostra Scienza rispetto al Diritto — Il problema massimo è qui, si annida *nelle divergenze* sulla " *Responsabilità diminuita* „. Questa tormentata applicazione giudiziaria rivela le travature barcollanti del nostro edificio psicologico-penale. Invoca una riforma, che non distrugga, ma faccia sorgere la Responsabilità giuridica su basi più concrete e distinte (1).

---

(1) Vedi dell' istesso A.: *Il concetto psicologico - sociale di Responsabilità* — **Rivista di Psicologia applicata, 1909.** — *Semifollie ed alterata condotta* — **Manicomio 1909.**

X.

Epilogo: la Psicologia criminale è il maggior capitolo della Scienza integrale dell' Uomo delinquente.

'E tempo di riassumere e conchiudere — Nel mio presente discorso ho anticipato a voi qualche linea della *Psicologia* o " *Scienza del Carattere* „ *criminale.* Studio agl' inizii, in formazione: non poteva svolgersi prima — Con molte note e documenti sulla psiche dei criminali, le occorrevano i risultati della Biologia e Sociologia criminale, le occorrevano i risultati della Psicologia pura — 'E un capitolo, *il maggior capitolo* dell' Antropologia criminale, intesa come Scienza sintetica, integrale dell' Uomo delinquente.

La Psicologia criminale *descrive* ad una, ad una, le alterazioni psicologico-concrete, costitutive dell' atto e della condotta criminale. Inoltre, tenta la sintesi, *la ricostruzione di codesti sviluppi interni.* — Ricostruzione impossibile, ove tali sviluppi non sieno veduti *in funzione* di conoscenze biologiche e sociali: quindi in funzione di *motivi, di condizioni esterne generatrici, d' indole fisica, organica, morbosa, sociologica.*

Un tale metodo colloca al punto giusto la vessata questione *sulla natura* della criminalità. La criminalità è un fatto psicologico-concreto, è (dopo tutto) alterazione di personalità e condotta.

Le condizioni esterne, ora ricordate, si graduano in rapporto alla " personalità „ ed alla " condotta. — Sono tutte operose e presenti: nondimeno, fra esse, variamente impera, ora l'una, or l'altra, ora la condizione morbosa, ora quella sociale, *secondo i casi, secondo le correlative trasformazioni e varietà* della condotta e della persona umana — Di questa le condizioni esterne rivelano la instabile struttura: e sono mezzi per mutarla, per addentrarsi fra le oscure sue volute (1).

---

(1) Per ulteriori schiarimenti sulla questione generale, vedi dell' istesso A: " *Intorno alla Scienza delle Individualità psicologiche umane* „ *dal " Manicomio „ 1903.*

Frattanto, solo l' indirizzo psicologico collega l'Antropologia criminale alla Filosofia del Diritto: dà materiale al Diritto per i ponderosi problemi intorno alla imputabilità, alla responsabilità, alla natura ed alla efficacia delle pene.

Per noi (clinici e psicologi nel tempo istesso) vi è un altro grave aspetto della questione — La vecchia Antropologia criminale, somatica a prevalenza, si arrestava ai Tipi, a qualche cosa di rigido, mal pieghevole rimpetto alle contingenze infinite d'ogni realtà umana.

La Clinica criminale (ho detto l'anno scorso) non è inquadramento di un caso singolo in un " tipo ,., bensì è *ricostruzione d' individualità* — Il procedimento analiticosintetico della Psicologia giova per simile obiettivo — 'E quanto fu dal SOMMER recentemente affermato (1).

Nell' altra Prelezione restringevo l' Antropologia criminale ad una Clinica soltanto. Vero è, che mi affrettavo a dire impossibile una Clinica senza la parallela Dottrina. Di questa tracciavo le parti (2). — Maggiormente dirò: l' Antropologia criminale è Clinica e Dottrina. Capitolo massimo della Dottrina criminale è la Psicologia, ora lungamente discussa.

Mi propongo nelle future conferenze di esporla nel contenuto e nelle applicazioni — Tutto, a rapide linee, sommariamente — Scopo mio è dare una impressione d' assieme, suggestiva. E ciò, per tenere operoso in Voi il desiderio di simili ricerche, importantissime nelle vicende sociali contemporanee.

---

(1) R. SOMMER — *Psicologia criminale e Psicopatologia penale.* — trad. M. PONZO. Unione Tip. Editrice Torinese, 1909.

(2) *Dottrina e metodo della Clinica criminale* — Estr. dal " Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale „ — F. I - II, 1909 — Ferrara.

Manicomio Provinciale di Como
Direttore: Prof. Del Greco

L'elemento individuale in accessi psicopatici da intossicazione alcoolica

Studio Clinico

Dott. Dario Valtorta

Allo studio degli accessi psicopatici da intossicazione alcoolica egregiamente si presta più di qualsiasi indagine retrospettiva fra le cartelle dell'archivio, o dell'esame postumo di una forma psicopatica già ben definita, la diretta analisi dell'individuo nel « periodo di osservazione, » giacchè i fenomeni tossici acuti essendo effimeri, possono essere adeguatamente valutati soltanto ad un controllo immediato.

È impressionante (nella nostra provincia) il moltiplicarsi delle manifestazioni psicopatiche in rapporto all'alcoolismo: in individui nei quali le più rigorose indagini non mettono in rilievo che una predisposizione gentilizia di lieve grado, sorprende l'insorgere abituale, a dosi anche medie di alcool, di accessi d'ebbrezza patologica, o anche di fenomeni subacuti dell'intossicazione; di fronte al numero rilevante di infermi qui ripetutamente accolti per episodi di squilibrio psichico in stretta dipendenza da inveterata abitudine alcoolica, meraviglia la percentualità pressochè trascurabile delle forme classiche di alcoolismo cronico.

Gli è che i fatti tossici appaiono fuggevoli, in diversa guisa fluttuanti in sottili evoluzioni psicopatiche peculiari, evanescenti nell'esuberanza di svariati sintomi psicologici sopraggiunti.

All'esame dei diversi ordini di fenomeni clinici ho io rivolto la mia attenzione, cercando di rintracciare in un accesso conclamato, ricco di estrinsecazioni psicopatiche, le espressioni accidentali, fortuite

e le altre meglio riferibili a elementi più intimi, compenetrati nelle vicende biologiche individuali, a condizioni fisse, originarie della personalità.

Qualche fisionomia clinica sono già venuto in proposito tratteggiando sull'argomento: (1) ora posso riferire in modo meno succinto, avendo seguita l'esistenza patologica di un discreto numero di ammalati:

Li distinguo in quattro categorie:

A) Forme di ebbrezza.

B) Delirio alcoolico.

C) Estrinsecazioni psicopatiche per cui l'alcool è semplice stimolo.

D) Forme di degenerazione acquisita per intossicazione alcoolica.

A) L'elemento individuale in forme di ebbrezza patologica.

Caso I.

F. Guerino (C 3037).

Ne abbiamo già tratteggiata la storia clinica. (2)

La nota dominante è l'originario disquilibrio psichico funzionale, che si traduce in manifestazioni parossistiche di eccitamento, e di delirio sotto l'influenza dell'alcool. L'ammalato non è un bevitore incosciente, vittima di pregiudizî, o di cattive abitudini, nè tanto meno un alcoolista volgare; è un bevitore impulsivo.

Tutta la sua esistenza è un alternarsi di periodi di calma e di benessere, di attività feconda e razionale, ad altri di disordine tumultuoso e di sregolatezze. Ammaestrato dalla dura esperienza, è nelle fasi di tregua moderatissimo, astemio anche, e forte dei migliori propositi, ma quando l'istinto si risveglia, il nuovo accesso rincomincia.

L'ammalato diventa sempre più incapace di difendersi di fronte alla impulsione fatale; dapprima oppone qualche resistenza, poi si trasforma in un vero automa, privo di qualsiasi dominio su se stesso. Egli allora beve avidamente, perchè si compiace dell'ebbrezza, perchè la nuova crisi si traduce per lui in una peculiare sensazione voluttuosa.

Nè riprende la coscienza di sè, se non dopo parecchi giorni, quando

(1) Sugli accessi psicopatici da intossicazione alcoolica — Rivista Ital. di Neuropatologia Psichiatria ed Elettroterapia, anno 1909.

(2) L. c. V. pag. 266.

ha già sciupato i suoi risparmi, od ha già varcato la soglia del Manicomio. Ma non è la neurosi tossica che lo conduce qui; dell'alcoolismo acuto egli non presenta che fenomeni alquanto generici e fuggevoli.

È l'esaltarsi del carattere fantastico ed ombroso, l'inasprirsi di permalosità costituzionali, il risveglio di latenze deliranti, sino al predominio di tutta una folla di apprensioni persecutorie e grandiose, che imprimono alla condotta l'anormale direzione litigioso - aggressiva.

Ond'è che si sarebbe quasi indotti a ritenere che nell'ammalato i centri nervosi soggiacciano ad accessuali parossismi di eccitamento, i quali si esteriorizzano in particolari impulsioni e delirî. Il fatto precipuo è la tendenza al bere, sempre pronta ad esplodere dal terreno originario, al di là delle fasi di tregua.

S'annuncia senza prodromi di sorta, e rapida evolve autonoma, accompagnandosi ad obnubilamento cosciente.

Caso II.

Ma . . . . Carlo (C 5041).

Offre molta affinità col precedente. Esaminiamo infatti per quale processo psicologico l'ammalato entri in lotta coll'alcool.

Discende da bevitori ed ha parenti squilibrati; egli è innanzi tutto un instabile. Fin da giovanetto dimostra carattere fantastico ed ombroso, umore variabile, temperamento facile ad esaltarsi, o a deprimersi per motivi di nessuna importanza.

Gli interessi amministrativi del comune, le beghe delle società e dei circoli, le lotte elettorali lo travolgono in un caos di pettegolezzi e di noie, da cui se ne esce non senza forti emozioni deprimenti. E così matura in lui la disposizione alla follia, la quale si estrinseca in ondate di delirî persecutori, e di impulsioni, fra cui primissima la " debauche ,, alcoolica. Il Ma . . . . non è il bevitore d'abitudine, che ama l'alcool; egli non sa combattere l'impulsione accessuale. La sua volontà, originariamente poco valida, s'annulla; gli autorimproveri, le migliori promesse, svaniscono nella coscienza ottenebrata; egli allora ama l'ebbrezza, cui si abbandona istintivamente, incapace di vincersi. Quindi l'acutizzarsi, e l'integrarsi degli accessi deliranti impulsivi, che nel corso di quattro anni, lo conducono cinque volte al manicomio.

Ma qui l'intossicazione non è, come nel caso che precede, indissolubilmente legata alla crisi episodica; della crisi non è che una delle manifestazioni, pur essendo praticamente la più grave. E noi ne abbiamo una prova, direi quasi sperimentale: Il Ma . . . . non una sol volta durante la

degenza in Manicomio, ha presentato episodi di forte turbamento psichico, appena differenziabili da quelli, che avevamo già osservati al primo ingresso, perchè più brevi, e svolgentisi sulla base di una perfetta lucidità mentale, anzichè sul fondamento dell'ebbrezza. Gli è che in lui anche stimoli di diversa natura (emozioni, contrarietà), eran sufficienti a far esplodere la sindrome assopita, ma non estinta.

Caso III.

P. Luigi (C 5264).
Gentilizio: Padre e madre ubbriaconi.

Un fratello alcoolista morto per cachessia cancerina; un altro pure dedito al vino, morì tubercoloso. Strenui bevitori, e mattoidi in linea collaterale.

L'ammalato è un bevitore cronico, che ha sempre goduto salute florida sino a quattro anni fa. Cadendo in stato di ebbrezza, riportò grave trauma al capo con ferita interessante l'arteria temporale.

Per l'abbondante emorragia seguitane, si manifestò un vero collasso, da cui l'infermo non potè risvegliarsi se non dopo qualche settimana. Da quell'epoca non fu più in grado di continuare la sua professione primiera, esigendo quella il soggiorno in ambienti poco aerati. Soffriva di intense cefalee e di vertigini. Venditore di frutta, trascurava affatto ogni interesse, abbandonava il carro sulla pubblica via, per trattenersi alla bettola, e quasi ogni sera rincasava ubbriaco.

Per gravi fenomeni di catarro gastro - enterico fu anche per parecchi mesi all'ospedale.

Mutò carattere, divenne inaffettivo, diffidente, sospettoso; concepì e andò coltivando idee di gelosia a carico della moglie, da cui pretendeva il resoconto più assoluto e preciso di tutti gli eventi occorsile nella giornata. Nel contegno dei figli credè di scoprire i tristi effetti della suggestione della moglie. Ebbe ripetuti accessi di ebbrezza patologica, durante i quali buttava all'aria le suppellettili, rovesciava tavoli, gettava le sedie dalla finestra e nottetempo faceva un gran chiasso, minacciando la moglie con turpiloquio da lupanare.

La notte prima d'esser qui ricoverato tentò di appiccare fuoco al letto.

Già all'indomani, attenuatisi i fenomeni acuti della intossicazione il P... presentavasi calmo, lucidissimo, cosciente, serbando ricordo preciso dell'episodio di singolare perturbamento, che riferiva a propria colpa, solo lamentando che la moglie talvolta lo avesse provocato.

E tale si mantenne sempre, tanto che, presto arruolato fra i migliori lavoratori, venne poi dimesso nel novembre, avendo date ottime prove di sè.

Ma dopo brevissima fase di tregua, sotto lo stimolo dell'alcool, la condizione di gelosia persecutoria e le tendenze impulsive si riacutizzarono.

Se non che la sindrome dell'ebbrezza apparve complicarsi di nuovi fenomeni morbosi, accentuazione cioè, e pervertimento degli istinti sessuali (sadismo).

Alquanto preoccupato pel nuovo isolamento in manicomio il P . . . accoglieva con ostilità le prime visite della moglie. Di fronte alle sue rimostranze faceva propositi di separazione legale, e si difendeva energicamente, protestando che a sua insaputa si facessero spese inconsulte, si favorissero specialmente taluni avventori, si permettesse che i figli frequentassero donne di mal affare ecc. ecc.

In seguito lo spirito si venne man mano rasserenando e l'affettività ricomponendo, sicchè attualmente è subentrato un vivo bisogno di libertà, di riconciliazione, animato da generosi propositi.

Caso IV.

Ci. Giuseppe (5157).

Gentilizio: Avi longevi; bevitore l'avo paterno, alcoolista il padre. Madre affetta da morbo di Pott. Una sorella nevropatica.

Nulla si sa di sette zii, e di quattro sorelle.

Si tratta di un povero terrazziere, ammogliato senza figli, analfabeta e di scarsa intelligenza.

Trae con sè le stigmate di un'originaria costituzione invalida (plagioprosopia; orecchie con lobulo aderente; accènno di Kelp; orbite assai infossate, arcate sopraccigliari e seni frontali ipertrofici; naso bilobo). Sino a quattordici anni fu di carattere mite, docilissimo. Era di costituzione linfatica, anemico; viveva alquanto miseramente, e sembra sia anche andato soggetto ad intossicazione maidica.

Semicosciente, si abbandonò all'abuso di vino e di liquori, vinto dall'esempio e dalla compagnia. Divenne presto bevitore strenuo, e pare che in seguito a polmonite avesse presentati fenomeni di squilibrio psichico. Un accesso delirante allucinatorio da intossicazione alcoolica ebbe pochi anni fa, seguito da convalescenza protratta.

Dedito al vino, e sempre più intollerante, si abbandona man mano ad una vita scioperata. Si fa litigioso, attaccabrighe, intrattabile, tende all'ozio ed al vagabondaggio. La condotta strana mette capo a delirio di

infedeltà coniugale, avvalorato da allucinazioni oniriche, quale strascico di stati di ebbrezza.

Rapidamente si acuisce, e si va riaffermando tenace, complicandosi di violente estrinsecazioni impulsive, sì da rendere impossibile l'ulteriore soggiorno dell'ammalato in famiglia.

Peculiare era la sindrome fisica, che rilevammo al suo primo ingresso nell' istituto: disestesie sparse pel tronco, accentuate agli arti inferiori ed alla regione lombare, senso di coercizione all'addome, nevralgie al dorso dei piedi, pupille miotiche, lingua tremula, riflessi tendinei accentuati.

Nei primi giorni insonne, in preda a tensione ed irrequietezza fastidiosa, aveva coscienza oscurata, sognante. Risvegliatosi, si mantenne a lungo assai trascurato, instabile nei desiderî, sospettoso, e di tutti diffidente.

Ora simula una calma, che forse non ha; tratto tratto si direbbe che assuma atteggiamenti di allucinato. Coltiva tenace, irremovibile il delirio di gelosia.

Caso V.

Co. Carlo (C 5238).

Gentilizio: Lato paterno: Avo bevitore: presentò fenomeni di congestione cerebrale. Uno zio impulsivo.

Lato materno: Ava nevropatica, paraplegica; avo alcoolizzato. Due zie morte per tisi.

Il padre è forte bevitore; la madre gracile, malaticcia. Nove fratelli son morti nella prima infanzia per difterite, scarlattina, convulsioni. Uno tisico a diciassette anni.

Il Co . . . . ha sempre goduto buona salute. Sin verso i vent'anni si dimostrò ben equilibrato e lavoratore diligente ed assiduo. Commetteva qualche volta abusi alcoolici, ma negli stati di ebbrezza si mostrava affatto innocuo. Emigrato in America, si diè a bazzicare con insolita frequenza le osterie. Divenne svogliato, litigioso. Da un forte spavento subito appunto in rissa, per l'assassinio di un compagno di lavoro, pare che traggan origine i fenomeni di squilibrio mentale. Giacchè da quell'epoca egli venne facendosi alquanto turbato, assai emotivo, ed incapace di lavorare. Chiese inutile rimedio al vino, ritraendone invece una singolare intolleranza. Nel dicembre del 1907 fu costretto a rimpatriare. Ci riferiscono i parenti che apparve subito trasformato; era di cattivo umore, aveva scatti impulsivi immotivati. Si ubbriacava più volte la settimana, rincasando a notte avanzata, mettendo ogni cosa sossopra, buttando mobili dalle finestre, gridando che voleva uccidere tutti. Nei brevi periodi di tregua non era

alieno talvolta dall'occuparsi, mostrandosi di spirito rasserenato, ma per lo più si manteneva torvo, minaccioso; o aveva periodi di depressione cupa, di sconforto, di tristezza invincibile; protestava che si trascurassero i suoi interessi, che alle sorelle accasatesi si fossero assegnati pressochè tutti i beni, abbandonandosi invece lui sul lastrico, privo di mezzi. E così esigeva continuamente denaro, che scialacquava poi senza nessun discernimento. Già sin dal marzo dello scorso anno la famiglia aveva provveduto pel ricovero in Manicomio, perchè il Co . . . ubbriaco aveva nottetempo aggredito a mano armata il padre e la sorella. In seguito commise una serie di stranezze; allo scopo di vendicarsi, guastò seminati, abbattè piante fruttifere . . . minacciò di appiccar fuoco alla stalla, dopo d'avervi spalmato di petrolio i cavalli.

Accolto il ventidue Ottobre, dopo qualche giorno, appare riordinato completamente.

È tuttora fra i migliori lavoratori serbando contegno normale.

⁂

Esaminiamo questi tre ultimi casi:

Il Po... vive in una speciale atmosfera di famiglia, omogenea; negli ascendenti e nei collaterali la tendenza al bere è la regola.

L'analisi del processo psicologico per cui egli entra in lotta coll'alcool è ovvia. Un complesso di svariati fattori mantiene e rafforza l'inclinazione originaria, sulla base d'un' invalidità volitiva costituzionale.

L' infermo è candidato all'alcoolismo cronico, e vi si avvia pel tramite di una lunga serie di stati fisiologici di ebbrezza, quando una causa fortuita, il grave trauma al capo, accelera e sconvolge il ciclo evolutivo. Qui la storia dell' ammalato si complica; da una parte un nuovo cachet si imprime agli accidenti alcoolici acuti, i quali assumono carattere schiettamente patologico, dall'altro l'alcool viene pure risvegliando elementi improntati all' influenza degenerativa.

Nel Ci... abbiamo eredità similare della tendenza al bere, e manifestazioni neurotiche e discrasiche negli ascendenti. L' intossicazione maidica aggrava in lui il fondo anomalo originario, di cui l'alcool è preciso sensibilizzatore. Rotto l'equilibrio malfermo, un delirio

tossico s'accenna già in seguito a cause infettive esaurienti, e, meno indistinto, si appalesa poi autonomo. Quindi attraverso a banali espressioni impulsive, sul fondamento di un'originaria condizione di inferiorità individuale, le idee di gelosia prendono il sopravvento, e poi si avvivano pel contributo di episodiche allucinazioni oniriche, mettendo infine capo a nuovo attacco delirante atipico.

Nel Co... l'alcool risveglia la predisposizione alla diatesi nevropatica, in quanto i suoi effetti si localizzano d'emblè nei centri nervosi, traducendosi in alterazioni del carattere.

Un violento skoch psichico scuote la già minorata resistenza organica, ond'è che viene poi delineandosi una peculiare condizione morbosa, per cui, e la sensibilità di fronte all'alcool è delicatissima, e gli stati di ebbrezza, più che dai sintomi riferibili alla intossicazione, appaion contraddistinti da fenomeni di reazione individuale, che ricordano la natura della predisposizione.

Caso VI.

G. Paolo (C 5192).

Ascendenti in gran parte beoni; il padre è un alcoolizzato; in linea collaterale paterna parecchi mattoidi ed impulsivi.

Ci riferiscono che l'ammalato sin da ragazzo era lunatico, permaloso, indocile, ribelle in casa e fuori. Frequentò le scuole senz'alcun risultato, non potè mai dedicarsi ad un mestiere stabile; mostrò invece precoce tendenza al vagabondaggio ed al furto.

A dodici anni fu colpito da insolazione, che ne peggiorò notevolmente le anormalità del carattere costituzionale. Divenne intollerante a dosi leggere di alcool, impulsivo; e durante il servizio militare, fu più volte punito per insubordinazione.

Per ripetuti eccessi di ebbrezza patologica con impulsi fu qui accolto nel settembre del 1908.

Dopo una notte alquanto agitata, venne rapidamente riordinandosi, non conservando dell'episodio ricordo alcuno. Accennava ad attriti e dissidi domestici, a beghe coi parenti, animate da certa piega persecutoria indistinta. La fase di remissione, che ne seguì si protrasse ininterrotta per circa un anno, tanto che il G... potè nel frattempo essere richiamato sotto le armi.

Ma non appena fece ritorno in famiglia, assunse contegno provocante, altezzoso. Si rifiutò di lavorare; esigeva dal padre somme continue, che sciupava in bagordi; di fronte a minime contrarietà, od a piccole dosi di alcool, aveva reazioni violentissime e distruttive, per cui aggrediva chiunque lo avesse avvicinato; metteva sossopra i mobili, o li scaraventava dalla finestra. Altre volte si ch iudeva tutto solo in camera, nutrendosi nottetempo e clandestinamente.

Qui serba contegno alquanto ostile; diffida di chichessia; lavora per altro di buon animo, preferendo la " residenza in manicomio alla prigionia nella famiglia, dove la libertà dovrebbe essere sovrana ,,.

Caso VII.

R. Angelo (3237).

Gentilizio: In linea paterna: l'ava ebbe quattro insulti apoplettici; tre zie pure sono morte per apoplessia.

Padre mattoide, bevitore; i fratelli hanno fama di squilibrati; un fratello alienato.

Una figlia idrocefalica; un'altra morta per convulsioni.

Già per natura poco socievole, attraverso a ininterrotti eccessi alcoolici venne man mano facendosi sospettoso, diffidente, irritabile, impulsivo. Negli stati di ebbrezza rompeva ogni cosa gli fosse capitata sotto mano, e minacciava moglie e figli.

Allarmanti sintomi fisici (cefalea, vertigini, insonnia) misero capo ad improvvisa convulsione motoria.

Gli accessi convulsivi da quell'epoca si succedettero per circa tre mesi abbastanza frequenti, e preannunciati anche da alterazioni del carattere, per cui l'infermo bazzicava le chiese, abbandonandosi ad esercizî religiosi insoliti, ed eccessivi.

Ne seguirono fenomeni di ostinata paresi agli arti superiori, tics nel territorio del facciale e disartria; e nella sfera psichica, accessuali allucinazioni oniriche terrificanti, idee ipocondriache, episodî di depressione affettiva singolare, con delirio di rovina. In realtà trascurava gli affari, appariva incapace di dirigere l'azienda, faceva spese inconsulte, stipulava contratti senza opportuno discernimento. Frattanto si era fatto intollerante a minime dosi di alcool, si nutriva poco, e colla massima facilità passava a stati di ubbriachezza patologica.

Ebbe grave patema d'animo per la morte di due figli, e ricadde in preda a fasi di angoscia.

In questi ultimi tempi l'idea del suicidio aveva assunto un carattere

ossessivo; la pericolosa impulsione si ripetè più volte nel giro di poche settimane, e per essa l'infermo fu qui inviato.

.·.

In questo caso le fondamentali anomalie del carattere si vanno accentuando in un colla tendenza all'alcool: sono desse che impartono speciale fisionomia agli stati di ubbriachezza. I disturbi fisici vengono pure aggravandosi, assumendo proporzioni allarmanti; la prima manifestazione motoria può anche interpretarsi fenomeno fortuito, acutissimo, forse da fatti congestizî, tanto più che è preceduta da sintomi inerenti ad alterata irrorazione corticale, ma poi gli attacchi si seguono nei periodi di piena astinenza, e si complicano di una schietta aura psichica. Dal fondo di indebolimento mentale pullulano getti di delirio allucinatorio, e viene evolvendosi una forma delirante autonoma, la quale si annuncia con idee di rovina, evolve in fasi di angoscia, e si integra nelle impulsioni suicide. Per la sindrome lipemaniaco-reattiva la forma psicopatica s'avvicina ad altre, che noi prenderemo in esame.

Anche qui l'impulso peculiare anzichè connesso ad accidenti tossici acuti, quale conseguenza ad esempio di allucinazioni terrifiche, pur trovando nel processo di degenerazione da alcool terreno favorevole al suo evolversi, rappresenta sempre la maturazione di un delirio fondamentale originario, legato ad innata tristizia del cervello. È quindi sintoma essenzialmente degenerativo.

Nel caso in esame gli è sui fenomeni comiziali (psico-motori) che noi dobbiamo fermare a preferenza la nostra attenzione:

Agli alcool in genere furono attribuite proprietà convulsivanti; se n'è riferita l'incostanza nei diversi soggetti a speciali condizioni fisiologiche; così si è supposto che elementi patogenetici non fossero tanto gli alcool, quanto i secondarî prodotti individuali di trasformazione bio-chimica. Osservazioni cliniche ed esperienze fisiologiche oggi confermano che soltanto a determinate specie di alcool si possono attribuire proprietà epilettogene.

I bevitori convulsionarî sono o predisposti, o alcoolisti inveterati, o bevitori di assenzio. La genesi dell'accesso è diversa nelle varie ca-

tegorie: nei primi è in giuoco l'elemento costituzionale per eredità similare, nevropatica, o pazzesca; nei secondi la convulsione è conseguenza di alterazioni anatomo-patologiche; negli ultimi è direttamente connessa all'azione tossica.

Nel nostro caso l'accesso convulsivo non si può riferire all'influenza immediata dell'alcool.

Pur tacendo il fatto che le convulsioni si continuano poi anche nel periodo di astinenza, rimarrebbe sempre inspiegabile perchè, per lo meno a identità di " ambiente tossico individuale „ non siansi mai manifestate per l'innanzi.

Più verosimile sembrerebbe ritenerle natural conseguenza di lesioni anatomiche cerebrali circoscritte o diffuse. E l'ipotesi sarebbe anche avvalorata dal complesso della sintomatologia fisica concomitante.

Se non che le convulsioni non esplodono poi più, neppur sul terreno di nuovi abusi. Ond'è che l'influenza del fattore ereditario, in realtà gravissimo nell'infermo, deve aver pure importanza notevole.

Nell'epilettico classico lo stimolo importato dall'alcool, non provoca la insorgenza di una nevrosi tossica; dà nuovo impulso alla forma costituzionale: non associazione di sindromi morbose a patogenesi diversa, qui si ottiene, ma semplice aggravamento di sintomi.

Gli è così che nel caso VI. acquistan particolare movenza e colorito i fenomeni dell'epilessia psichica.

L'ebbrezza insorge dietro stimoli di entità lieve, e dallo stato nevrosico costituzionale, di cui sono indice le anomalie del carattere, riceve nuova impronta; diventa impulsiva, mentre il delirio degenerativo viene a coincidere cogli accidenti tossici acuti, e si svolge nell'incoscienza assoluta.

Noi potremo seguire nell'ammalato l'ulteriore evoluzione autonoma del duplice ordine di sintomi, a manifestazione sinora simultanea.

Caso VIII.

A. Carlo (C. 5279).

È un folle ereditario, che presentò sin dalla prima età fenomeni evidenti di ritardata ed incompleta evoluzione mentale. Ha note degenerative al capo: asimmetria cranio-facciale, tipico diastema dentario, irregolarità

di forma degli incisivi superiori ecc. Povero di spirito in tutte le sue estrinsecazioni mentali, addimostra lo sviluppo incompleto della psiche.

Bevitore precocissimo, è incapace di difendersi contro la tendenza della sua natura morbosa.

Ha dapprima forme di ebbrezza fisiologica, ma già verso i diciott'anni va incontro a impulsioni morbose irresistibili, con spunti persecutorî e megalomaniaci, per cui diventa ribelle, minaccia, assume atteggiamenti pericolosi.

É però ricoverato due volte nell'istituto. Tutto qui tradisce la condizione ereditaria di inferiorità psichica. Egli si mantiene passivo, indifferente, alieno da ogni rimostranza.

Sotto lo stimolo di nuovi abusi alcoolici, riappare depresso, taciturno. preoccupato, ha forme di ubbriachezza cupa, e singolarmente ostile.

L'otto settembre dello scorso anno, all'osteria viene a diverbio con un compagno, e senz'altro l'uccide con un falcetto.

Caso IX.

C. Beniamino, (C. 5268).

Padre epilettico; madre convulsionaria verso i vent'anni in seguito a grave trauma al capo. In linea paterna una zia alcoolista.

Misantropo, austero, di carattere sospettoso, il *C*. . . ebbe una giovinezza assai infelice. Crebbe infatti di costituzione gracile, malaticcio, anemico. A 15 anni sofferse il tifo, e qualche tempo dopo ebbe bronchite a lungo decorso. Verso quell'epoca incominciò pure ad abusare di alcoolici, abbandonandovisi passivo, senza alcun discernimento.

E così il suo carattere venne alterandosi nel senso di una depressione irritabile, con certa paura indistinta, preludio di oscure sofferenze.

Egli aveva vertigini, cefalee, parestesie diffuse, formicolii alle braccia, stiramenti alla nuca. Sospettò che gli si fosse avvelenato il sangue; ad influssi malefici attribuì la malattia della sorella; nella grave oftalmia della madre non vide che la sintesi di tutta una serie di intrighi, e di soprusi di cui era vittima; disse che all'osteria lo avrebbero finito presto . . . Ebbe vivaci rimostranze, e violente reazioni difensive, finchè si convinse di essere insidiato, perchè doveva fare grandi scoperte, e si ridusse a viver solo. Il ventun novembre dello scorso anno se ne esce a caccia; s'incontra con un tale, con cui non aveva avuto in precedenza che qualche fuggevole rapporto, coglie al volo nella sua conversazione una frase per lui rivelatrice delle persecuzioni di cui era vittima, ed immediatamente gli spiana contro il fucile, e l'uccide, Nè alcuna resistenza egli oppone poi all'arresto. In

carcere è sorpreso da allucinazioni terrifiche; sente voci di minaccia, grida indistinte di terrore, e nei discorsi dei detenuti, continue allusioni alla sua prossima fine. Vi reagisce con atti incoerenti, con aggressioni tumultuose; scopre che anche il diavolo gli avvelena il cibo, e grida che vuol imprigionare il Re.

In manicomio il C . . . si conserva calmo, lucidissimo, ma altrettanto indifferente e fatuo. È dominato da bislacche idee persecutorie, non sostenute da una nota affettiva determinata, rivelatrici di una sconnessione ideativa profonda, e di un'assoluta deficienza di logica. Incurante di ciò che afferma, talvolta non si esprime che con uno scherzo ironico, e manifestando i suoi disturbi sembra che ci canzoni. Nè pei suoi mali domanda rimedî.

Esprime paradossali idee grandiose colla fatuità di un bambino. É inerte, anemotivo; non rivela desiderî o timori di sorta; non si interessa dei famigliari. Crede che sian tutti vivi ancora " se almeno nessuno è morto durante la sua assenza ,, . . .

Ci descrive la scena dell'omicidio coll'indifferentismo più schietto.

* * *

Nell'A . . . l'alcool è precisa causa disequilibrante della psiche originariamente difettosa. Pel predominio delle stigmate fondamentali della intelligenza, gli stati di ebbrezza si contraddistinguono dapprima per una nota di vacuità spiccata, poi pel libero estrinsecarsi di ossessioni, impulsi, e di istinti malvagi sino allora latenti grazie ad igiene opportuna.

Il delitto è in rapporto con atteggiamenti deliranti risvegliati dall' alcool. L' alienazione in realtà passa quasi inavvertita, perchè mentre sono appena abbozzati i disturbi mentali di origine tossica, il delirio non è ridotto che a qualche frammentaria idea di persecuzione, verso cui gravitano fatalmente pensieri ed atti dell' infermo, soggiogati dalle abitudini alcooliche.

Nel C . . . processi infettivi aggravano le costituzionali anomalie originarie. Quale manifestazione parziale istintiva insorge presto la tendenza al bere; non appena l'azione dell'alcool si fa sentire, e si accentuano le qualità ed i difetti dello stato mentale, ed insorge una folla di incidenti nuovi. Raggiunto un certo grado di saturazione al-

coolica, prima ancora che si manifestino fenomeni strettamente tossici, noi ci troviamo di fronte ad un alienato delirante dei più bizzarri, prima melanconico, poi perseguitato - persecutore, ed infine ambizioso.

La coscienza già si oscura, e l'accesso si viene preparando. Una subita allucinazione uditiva è impulso immediato al delitto. Ma poco dopo ecco la fase acuta del delirio alcoolico. Quando l'ammalato è accolto in manicomio, i segni dell'intossicazione sono assai scialbi; dominano invece quelli relativi alla predisposizione ereditaria, con tutti i singolari difetti della intelligenza, che l'alcool è venuto accentuando.

∴

B) Il coefficiente di reazione individuale in forme di delirio alcoolico.

Caso X.

S. Paolo (C. 4795).

Gentilizio: — Padre bevitore morto per insulto apoplettico — La madre va soggetta a nevralgia nel dominio del facciale. Un fratello è morto convulsionario nella prima età. —

Il *Sa* . . crebbe di intelligenza mediocre. Ragazzo, frequentava già le osterie, e nel vino consumava gran parte dei suoi guadagni.

Fu affetto da gonorrea durante il servizio militare; a 23 anni sofferse il tifo — A trent'anni ebbe trauma al capo per caduta. In seguito apparve sensibilmente intollerante degli alcoolici, tanto che anche per dosi medie di vino, cadeva presto in stato di ebbrezza.

Ammogliatosi, si mantenne astemio per qualche tempo, ma poi la tendenza al bere non venne mai meno.

Frattanto il primo figlio gli moriva a pochi mesi di vita per convulsioni (epilessia jaksoniana) — Colla moglie sembra non abbia mai avuto dissapori; era anzi amantissimo della famiglia, per cui lavorava assai, e di buon animo. — Emigrò anche in cerca di fortuna, e fu appunto in pieno lavoro all'estero, che cadde in preda ad un accesso di follia.

Nel novembre del 1907 apparve infatti bruscamente sorpreso da allucinazioni a contenuto terrifico, le quali vennero man mano alimentando un

chiaro delirio di persecuzione. Voci distinte gli gridavano: "Me la pagherà! — Gli faremo la pelle . . . Non ritornerà più in Italia . . . ,,

Non tardò ad accorgersi che le minacce eran rivolte a lui, sicchè riuscite vane tutte le sue proteste e rimostranze, visto inutile ogni appello all'autorità superiore, temendo seriamente per la propria esistenza, decise alfine di rifugiarsi a casa. Ma nel viaggio, voci misteriose gli van ripetendo « che l'ultima sua ora non è lontana . . . ad ogni stazione i suoi nemici « si affollano armati di rivoltella e di bastone: Ecco là, gli gridano; ecco « là l'assassino che si è riparato il collo con un fazzoletto rosso, perchè « non ha neppure la camicia . . . È l'ultimo vermouth quello che hai be- « vuto alla stazione di Lucerna . . . Non potrai più bere la birra di Lu- « gano! . . . Bisogna assalirlo quando tutti gli altri siano scesi dal treno . . « l'aspetteremo alla stazione di Basilea . . . No; è meglio attenderlo al con- « fine italiano; lo finiremo a Chiasso . . . ecc. » Ond'è che in preda a viva » paura ed ansia, piange e si dispera, scongiurando i viaggiatori che lo sal- « vino, perchè è innocente, perchè non ha mai fatto male a nessuno, ed è « padre di famiglia . . . » E invoca l'aiuto dei carabinieri, i quali in realtà gli sono poi di scorta nel viaggio e lo accompagnano quassù.

Alla ricezione ha viso congesto, congiuntive iniettate, occhio lucido, alito acetonico. Disordini sensoriali e stati di inquietudine ansiosa, esacerbantisi nottetempo si protraggono per circa due settimane. L' infermo ha piena nozione dell' ambiente e delle persone, ma nel canto dei ricoverati sente parole di minaccia e di rovina, nei discorsi dei vicini, chiare allusioni alla prossima sua catastrofe. E intanto il complotto già ordito tra i compagni di lavoro, qui continua; gli assassini hanno potuto penetrare anche in manicomio e gli rivolgono continuamente parole di terrore e di minaccia.

L' accesso allucinatorio si dilegua quindi in modo brusco, residuando uno stato di torpore psichico con isolate idee di persecuzione, le quali ben presto si fanno sempre più indistinte, sino a svanire. L'ammalato si avvia rapidamente alla guarigione e nel gennaio dell' anno dopo lascia l' istituto.

Per circa quattro mesi si conserva ben equilibrato e lavoratore assiduo, pur commettendo nuovi abusi di vino e di liquori. Verso la fine di settembre è travolto nelle lotte per le elezioni amministrative comunali, e il delirio di persecuzione si riaccende col corteo di vivaci turbe sensorie, a contenuto ora terrifico, ora invece frivolo od indifferente: « Se voterai per noi, gli si grida, metteremo tutto in silenzio, e andrai lassù appena sei « mesi; in caso contrario si paleseranno i delitti che tu hai commesso sul « figlio, . . . Va via, che fai due facce, l'una pel fratello, l'altra per te . . . « Se salvi tuo figlio, lo rendi ricco, e non ti taglieranno la testa . . . Va « sul campanile di Basilea . . . Vota, o disperato pieno di debiti, informati « da tutte le Società che cosa hai fatto . . . . »

Il Sa... ricorre al Sindaco per dimostrare la propria innocenza, ed esige che si tuteli il proprio onore... Va dal padrone di casa, e pretende che gli spieghi perchè mai possa accampare dei crediti; autorizza il prete a tradire il segreto di confessione, perchè la sua condotta morale sia a tutti conosciuta; segnala distintamente alle autorità di pubblica sicurezza i suoi persecutori, si fa violento e minaccioso e fa in paese un gran chiasso, finchè nell'ottobre è qui rinviato.

All'esame fisico notammo fenomeni alquanto significanti; tremori alle dita distese, finissimi sussulti fibrillari alla lingua, parestesie diffuse, nevralgie nel dominio del nervo facciale, sintomi di gastro-enterite. Le allucinazioni persistevano, ma assai meno accentuate, essenzialmente oniriche, senza un colorito terrifico distinto, nè per nulla in rapporto colle occupazioni abituali dell'ammalato. La sfera intellettiva invece appariva ingombrata da un delirio persecutorio coerente e sopratutto con obbiettivazione precisa.

Il Sa... è tuttora in manicomio. Da più di due anni è nottetempo sorpreso da allucinazioni acustiche di una nitidezza singolare, e da vivaci turbe cenestesiche. Nuovi germogli concorrono tratto tratto ad arricchirle, ma l'indole delle stesse rimane fondamentalmente immutata. « Gli gridano « che è carico di debiti. Lo vogliono mandare a San Domenico (carceri) « per salvare il figlio con cui ha avuto rapporti sessuali... Ma se opta « pel partito socialista non gli resterà che un semestre di soggiorno in « manicomio... Deve confessarsi perchè ha procurato aborti alla moglie... « Al puro scopo di infondergli sentimenti di gelosia, gli ripetono che or- « mai ella ha lasciato casa ed è fuggita con altri... Col telefono Edison « gli abbruciano l'ano ed i testicoli... Lo pungono in diverse parti del « corpo, ond'è che durante il sonno ha sussulti ed incubi continui. Gli tra- « sportano d'improvviso all'orecchio le note della musica militare, poi le « allontanano mille miglia. Gli sussurrano una cosa, quindi subito gliene « dicono una contraria.

« E ogni manovra tentano pur di farlo impazzire.... »

L'ammalato per lo più subisce passivamente i disordini sensoriali, ma talvolta li discute e li analizza, entrando anche in stati di ansia.

L'influenza benefica della suggestione è per altro nota dominante nel quadro morboso, e tale che per essa si ottengono anche sensibili fasi di tregua. Il Sa... pei consigli del Sanitario dimostra una suggestibilità squisita; rassicurandolo che si sarebbe provveduto a punire i presunti calunniatori, spesso ci è occorso di conciliargli egregiamente il sonno e la calma. Ed allora anche il delirio persecutorio è respinto verso il fondo del suo orizzonte mentale.

Caso XI.

L. G. (C 5232).

Gentilizio — In linea paterna: l'avo soffrì ripetutamente di pleurite; era di costituzione pletorica, modico bevitore — L'ava morì a 76 anni in seguito a pleuriti recidivanti. — Una zia ebbe gonilite tubercolare (tumor bianco) e morì per esaurimento; un' altra, dedita al vino, per broncopolmonite. Due cugini presentarono fenomeni di squilibrio mentale — Morirono per tisi. —

In linea materna: Il nonno ebbe paralisi infantile con postumi cronici di emiplegia. Sembra sia morto per insulto apoplettico. La nonna di costituzione assai gracile fu vittima della tisi — Due zie ebbero la stessa fine — Il padre morì a 53 anni per polmonite — Pressochè astemio, non ebbe vizii o cattive abitudini di sorta — La madre era donna di carattere chiuso, poco affettiva, assai irritabile. Morì a 65 anni per apoplessia. — Un fratello morì nel'a prima infanzia per eczema generalizzato; una sorella è affetta da gracilità fisica ed intellettuale.

Il *La* . . . . crebbe di intelligenza sveglia. Giovinetto si dedicò con passione ai lavori dei campi, quindi intraprese il mestiere di muratore, distinguendosi per zelo e certa abilità. Non sofferse malattie speciali.

A circa vent'anni incominciò ad abusare di alcoolici. Ebbe ripetuti patemi d'animo per dissensi famigliari, questioni di interesse e disgrazie domestiche. Animato da uno spirito di straordinaria rassegnazione, nelle pratiche religiose egli trovava adeguata sorgente di conforto — Lieto di prender parte alle feste ecclesiastiche, pronto sempre a contribuire per la maggior solennità delle stesse, bazzicava assiduamente la sagristia, figurando anche fra i primi cantori della cappella..

Ciò non pertanto si mostrava egualmente incline a frequentar la bettola. Cedendo all' invito, alla compagnia, alle esigenze del lavoro. all'abitudine, si abbandonava anche a frequenti stati di ebbrezza. Quattro o cinque anni or sono ebbe due attacchi di pleurite; soffrì di disturbi gastrici, e stipsi ostinata. A migliorare le condizioni della salute generale nessun rimedio gli sembrò più proficuo dell'alcool.

Verso la fine di settembre dello scorso anno venne man mano facendosi inquieto e preoccupato; soffriva di insonnia; la notte era assai spesso turbato da sogni mistico-religiosi. Aveva tremiti e sussulti improvvisi. Talvolta si svegliava come di soprassalto, dicendo di aver fatto sogni spaven-

tosi, che non sapeva poi spiegare — Non tardò a persuadersi ch'egli doveva diffondere il Vangelo come S. Giovanni Battista, e che avrebbe dovuto condurre al paradiso tutti i fedeli alla religione di Cristo. Sognò e disse che era nato il nuovo Messia figlio di sua figlia, e che egli ne era il precursore. Epperò aveva anche inaugurato un corso di prediche sulla pubblica via, lieto che i suoi consigli sortissero ottimo effetto, giacchè i cristiani si facevano più ferventi, e gli increduli si convertivano man mano alla religione. Le messe domenicali erano infatti più frequentate, ed alle cerimonie in chiesa i devoti assistevano più numerosi e consci della loro missione in terra.

Era tempo oramai di provvedere al più presto a che le condizioni di tutti i miseri fossero risollevate.

Egli fa distribuire ai poveri il raccolto del frumento e dell'uva, esige che il parroco accetti grosse somme pei restauri della chiesa e per l' elemosina ai mendicanti; ordina alla figlia di ricoverare tutti gli accattoni, che avessero fatto appello alla loro generosità, di nutrirli, e di rifornirli di abiti e di cibi per almeno un mese. Novello S. Giovanni, viaggiava benedicendo a tutti col bastone. . . . . Mentre lo si conduceva al manicomio volle benedire tutti gli hotels di Como dalla pubblica via, e il porto e le navi che vi approdavano per condurre i naviganti al paradiso. . . . .

Qui venne manifestando rapidamente un singolare delirio allucinatorio. All'avvicinarsi della notte si faceva assai turbato e pauroso sotto il dominio di allucinazioni visive terrifiche. Emetteva grida inumane, aveva accessi di ansia, gridava che lo si voleva avvelenare, che si uccidevano gli ammalati . . . . aveva visioni a colorito religioso. . . . . .

Gran parte del giorno trascorreva invece in uno stato di lucidità quasi completa, descrivendoci con spirito sereno e certa nota di umorismo inopportuno le strane scene di terrore, cui nella notte aveva assistito. Sicchè si sarebbe quasi pensato che nell' infermo assieme al ricordo nitidissimo degli episodii allucinatori, si risvegliasse la coscienza precisa del contrasto fra la sua condizione reale e il delirio che l' aveva dominato.

Già dopo pochi giorni il sonno andò progressivamente riordinandosi, e le allucinazioni oniriche si dileguarono.

La fase di tregua è ora interrotta qua e là dal riacutizzarsi di idee religiose, quasi accessuali e fugaci ossessioni coscienti. —

In qualunque ora del giorno, e ovunque si trovi, l' ammalato d' improvviso assume atteggiamenti estatici, scioglie inni sacri e preghiere, erompe in evocazioni mistiche. L'energico richiamo prontamente lo risveglia, ed egli allora ci spiega "come siasi raffigurato nell' immaginazione tutta la sua famiglia lieta sotto le ali protettrici della provvidenza divina, . . . come una voce tutta intima, l'abbia invitato alla preghiera per la pace di

tutti, pel generale richiamo sulla via della fede e della religione. . . . . „ Ma non appena si abbandoni a sè, ricade nello stato primiero. Dopo qualche ora il risveglio è spontaneo e completo. Ma in genere, mentre appare ben ordinato e ragionevole quando lo si intrattenga in una conversazione indifferente, o che si riferisca agli argomenti più svariati, di fronte a questioni d'indole religiosa mostra invece di commuoversi in modo singolare, si conturba, viene colpito da tremiti e da sussulti.

Interrompe il discorso, si dice invaso da un senso di paura, sente il bisogno di muoversi, di avvicinarsi al fuoco perchè un forte brivido lo assale. . . . Si scusa per lo strano contegno, per gli atti che è forzatamente spinto ad eseguire . . . dice di veder Dio, ma non sa spiegarci come gli si presenti, o volge altrove lo sguardo perchè un influsso celestiale lo chiama . . . vuol recarsi a benedire il porto di Como, perchè Dio lo comanda . . . vuol augurare ai Sovrani di conservare la patria e l'armata incolumi e forti per battere le potenze diaboliche. . . . C'è nel suo dire una tonalità emotiva sempre più vivace con mimica abbondante ed inquietudine singolare.

Ma anche qui l'elemento suggestivo ha pronta efficacia, nel senso che l'attenzione dell'ammalato è agevolmente deviabile.

Ecco gli ulteriori diarii:

12 - I — Accesso delirante allucinatorio a contenuto mistico. — L'infermo intreccia aneddoti a serie questioni religiose. Ci comunica la nomina di Carlo Andrea Ferrari a Sommo Pontefice. Dice che la gente del pelo rosso ha sempre portato la civiltà a tutti i popoli: servano di esempio il Nazzareno, Mosè e Garibaldi.

14 — Ha vivo accesso di ansia per allucinazioni terrificanti.

25 — Sogna che il mondo è finito. . . . Gli ha riferito un ricoverato che al proprio paese i nemici gli hanno uccisi tutti i famigliari, piantando tre croci sul monte Girelio. Un idiotino gli ha raccontato che hanno deciso di ungergli il collo, per poi recidergli le vene. Gli dispiace che tutti dobbiamo finire all'inferno, ma nello stesso tempo mi dice che se sono convinto, vivrò tranquillo. . . . D'altra parte Dio dovrebbe almeno permetterci di raggiungere gli ottant'anni prima di distruggere il mondo. . . . Il suono della campana, la luce elettrica rossastra, le escursioni della cometa ecc. . . sono tutti segni del prossimo giudizio finale.

Ha senso di benessere, e nel suo dire rivela una gaiezza inopportuna. . . . . .

Più tardi non rimangono in scena che idee fisse incoerenti, spoglie per altro del contributo importato dalle allucinazioni; subentra il racconto di eventi sognati, e come tali esattamente riconosciuti.

É così che si ridesta l'autocritica in virtù della quale l'episodio psi-

copatico subisce un processo di analisi cosciente che lo sfronda d'ogni apparenza di vero.

Oggi dell'intossicazione alcoolica non residuano che taluni sintomi fisici.

Caso XII

M. Davide (5289).

Gentilizio — Padre bevitore — Madre di costituzione gracile, forse tubercolosa — In linea collaterale nulla di notevole.

Il *Mo* . . . crebbe di intelligenza mediocre; buon lavoratore, fu sempre per altro di carattere chiuso, misantropo.

Senza avere nemici, nutriva sospetti e diffidenza per chicchessia. Giovane, fu affetto da gonorrea e da adenite inguinale; non sofferse poi in seguito malattie di qualche importanza. Abusò di vino e di birra, segnatamente lavorando all'estero; in seguito ad emozioni deprimenti si abbandonò più volte a stati di ebbrezza.

Le prime manifestazioni psicopatiche risalgono a circa un anno.

L'ammalato incominciò a farsi permaloso ed irritabile; in casa si disse privo di ogni libertà, soggetto a critiche ed a censure ingiuste, dai famigliari contrariato in ogni suo proposito, dalla moglie trascurato, malvoluto ed infine tradito. Ad alimentare le idee di gelosia concorsero pure percezioni illusorie ed allucinatorie. « La moglie era stata sorpresa in treno in intimità col fratello; i giornali ne avevano subito diffusa la notizia, sicchè egli era oggetto di derisione e di scherno ».

Ricoverato in manicomio il 21 ottobre 1909, accoglie la sua nuova situazione con indifferentismo e la interpreta quale natural conseguenza di una trama orditagli dalla moglie e dai famigliari.

Calmo e coerente durante la giornata, passa la notte insonne, esprimendo idee mistico-persecutorie: " È l'anticristo, ha ispirazioni divine . . .,. Congiurano contro di lui, ma il Divin Padre lo guida e lo salva. . . . . . .

Già dopo quattro giorni si ha completa remissione dei fenomeni acuti della forma morbosa, residuando le idee di gelosia, le quali appena più tardi sembra svaniscano nel progressivo risveglio degli affetti domestici.

Ma il nuovo soggiorno in famiglia non ha che brevissima durata.

« Quando lasciai il manicomio, ci racconta l'ammalato al suo ritorno, « compresi subito che mia moglie si era resa colpevole di nuove e gravi « mancanze, che Dio non avrebbe potuto perdonare. Io partii col fermo « proposito di celebrar una messa di espiazione, perchè tale era il volere « del divin Padre cui è affidato il mio destino. E ogni giorno recandomi

« alla chiesa per la comunione mi offrivo a Dio gridando: " Eccomi! Mi
« offro! ,, mentre una voce mi rispondeva: Basta. . . . Sei libero! . . .
« Il mio Divin Padre finora mi volle ispirare, ma poi mi farà veder
« tutto. . . . . ,,

Il delirio di gelosia esacerbatosi, si è rapidamente arricchito di nuovi germogli, intrecciandosi in pari tempo ad una fioritura di idee paradossali a contenuto mistico e grandioso. —

Ma la sindrome complessiva si contraddistingue per talune note particolari, ed in pieno estrinsecarsi del delirio mistico-geloso, qua e là germi delirogeni di tutt'altra natura si appalesano fugaci, animati da una tonalità affettiva significante: « Cristo non vuol essere invocato con preghiere nuove,
« la volontà divina non dev'essere contraffatta dalla volontà del mondo.
« Forse in manicomio ci sono tre dei: Padre e Figlio; il terzo sarebbe lui
« stesso, creato nello spirito fin dalla morte dall' Uomo - Dio, ma vivente
« sotto spoglie mortali da appena cinquant'anni. Il divin Padre non voleva
« ch'egli dormisse colla moglie, donna corrotta col danaro da tutta la mu-
« nicipalità del paese, che l' ebbe concubina. . . . . Egli avrebbe dovuto
« vendicarsi, ma per fortuna non può far nulla senza l'aiuto divino. . . .
« ''I disordini sensoriali armonizzano coi delirii : « Forse egli ha potenza
« di risuscitare i morti al grido fatidico di Lazare, veni foras. . . . Ha
» visto infatti nottetempo nei dormitorii ombre di amici defunti. . . . Qui
« ci sono pure persone celesti che lo difendono; il capo della infermeria
« è Gesù Cristo travestito; chi lo assiste è certamente un santo. . . . .

« Sua moglie può nel frattempo suggestionare le figlie a prostituirsi. . . .
« stipulare contratti col cognato, per l' istituzione di un postribolo a Mi-
« lano. Oramai egli è legalmente, cioè divinamente divorziato ed il suo
« onore è salvo, ed incontaminabile. »

L' infermo pur in piena elaborazione delirante, conserva perfetta lucidità mentale; mentre ci parla, è in preda a certa inquietudine, per cui si guarda d'attorno, e spesso trasale come spaurito. Se suono il campanello, interrompe il suo dire per chiedermi se ho chiamato le guardie di questura; all'avvicinarsi dell' infermiere, gli chiede se ha per caso le manette, ma nello stesso tempo lo avverte sorridendo, di imprigionarlo pure, ma di non legarlo troppo stretto. . . . Ed appare incapace di correggere assurde contraddizioni, quando chiama distintamente per nome l' infermiere che pur dovrebbe essere Cristo, o l'altro che sarebbe un santo. . . . . .

Le idee grandeggianti cui accenna, hanno talvolta contenuto sciocco, o sono animate da una nota di fatuo umorismo. « Il divin Padre gli ha
« suggerito che mangiando molti pesci, potrà rendere immortale una gio-
« vinetta del paese, che, sottratta alle insidie, ed alle manovre illecite della
« moglie, rappresenterà Maria Vergine in terra. . . . . In seguito a suoi
« ordini, il Vescovo di Como distribuirà agli infermieri 800000 lire; se non

« ne avesse tante, dovrà rivolgersi al Vescovo di Milano; che se anche « costui ne fosse sprovvisto, occorrerà farne domanda al Papa. . . . E nel- « l'ipotesi che anche il Papa non avesse denaro, pagherà direttamente « il Re. . . . . . .

Nell'ulteriore decorso le fluttuazioni emotive e cenestesiche si mantengono dominanti, con una strana mescolanza nell'umore di tonalità gioviale e paurosa. La coscienza si conserva lucida; le allucinazioni vengono progressivamente perdendo della loro vivezza: la condizione di gelosia persecutoria appare invece più netta, e sempre avvalorata da idee fisse a contenuto mistico. Persistono i fenomeni dispeptici, l'insonnia ed il tremore specialmente alla lingua ed ai muscoli periorali.

Caso XIII

F. Vincenzo (C. 5228)

Gentilizio: — Avo paterno e due zie alienate — Anche il padre diede segni di squilibrio mentale

L'ammalato crebbe di intelligenza scarsa, attivo, laborioso, ma alquanto incline agli alcoolici — Ne abusò specialmente durante i cinque anni in cui fu carabiniere. Verso la fine di settembre del 1907 incominciò a farsi di umore triste, preoccupato, inerte. Un senso di viva paura, anche di fronte a fatti di nessuna importanza venne man mano invadendolo; egli temeva di essere scoperto quale contrabbandiere, e nel dubbio doloroso si ridusse a vivere isolatissimo, nutrendosi scarsamente, e vegliando anche di notte. Perocchè celandosi nell'oscurità, le guardie per mezzo di speciali soffietti inondavano la camera di vapori di benzina e di petrolio, o lo minacciavan dalla pubblica strada con colpi di fucile e di rivoltelle; finchè improvvisamente, la notte del 7 ottobre gli furono alle spalle gridando: « Ora l'hai « finita; andrai in galera e per dieci anni non mangerai che pan bagnato « e minestra da ergastolano! . . . . .

Fu allora che in preda a vivo spavento, fuggì da casa, errando pei boschi in cerca di rifugio, ma le guardie gli erano sempre alle calcagna minacciose, ed armate di grossi bastoni.

Al suo ingresso nell'istituto si presentava lucido, cosciente e ci sapeva dare ragguagli esattissimi e precisi; non era in preda ad allucinazioni di sorta, appena rivelando certa paura indistinta con accenni qua e là ad idee persecutorie. Così ci chiedeva tratto, tratto, se per avventura non fossero giunte al suo indirizzo lettere dei carabinieri di Menaggio.

Dopo circa due mesi faceva ritorno in famiglia. Ma presto ricadde nei dubbi e timori, che misero capo a un delirio di persecuzione. « Oramai « tenente ed ispettore di finanza avevan deciso di sopprimerlo, e studiavano « il piano più spiccio per riuscire nello scopo.

Alquanto indebolito, ed incapace di lavorare, incoraggiato anche da amici e parenti, pensò di rinvigorirsi con vino generoso.

E così attraverso ad ulteriori abusi, rapidamente fu sorpreso da vivaci allucinazioni di più sensi, direttamente solidali colle idee deliranti. Si sentì minacciato, insolentito, denunciato alle autorità superiori, invaso da tremiti e da sussulti, da forze magnetiche ed elettriche, che gli procuravano vomiti, accessi di colica, vertigini, cefalea ecc. Ebbe fasi di angoscia viva con impulsione suicida. Non mancò di sollevare proteste, ricorse al sindaco, al pretore, ai sacerdoti . . . finchè pensò che il manicomio sarebbe stato per lui ancora il miglior asilo di riposo. Il tredici ottobre veniva riaccolto. Notavo nei diarii: Manifesta idee deliranti a contenuto persecutorio, alimentate a prevalenza da disordini cenestesici.« Una macchina che ha il preciso « nome di padella, è lo strumento di cui si servono le guardie di finanza « di Loveno, per molestarlo in tutti i modi — Da essa irradia una forza « elettro-magnetica, che gli pervade le membra, e gli sconvolge i visceri, « ed emana una fitta nebbia, che ad ondate improvvise, gli ottenebra il « pensiero. Le potenti irradiazioni nottetempo attraversano il lago, e si « spingono quassù sino a raggiungerlo, seco trascinando cannule speciali, « che poi gli penetrano attraverso i visceri, versandovi del fuoco. . . . « Spesso gli si grida: Tu devi morire ammazzato ! Tu devi finire fra le « nostre mani ! . . . . » Allora l'infermo si mostra singolarmente depresso, ha periodi di ansia, scongiura il medico che lo salvi, ed esprime propositi di suicidio.

Nel giro di dieci mesi l'episodio allucinatorio delirante s' è ripetuto più volte, preannunciato da insonnia, malessere e stato sentimentale triste. Nei periodi di calma, la lucidità della coscienza è completa, e lo spirito si rasserena.

Caso XIV

A. Basilio (5226)

Gentilizio: — Ava materna melanconica — Padre tubercoloso; madre di costituzione gracile — Un fratello ed una sorella tisici.

Fu sempre fisicamente debole, in condizioni appena discrete della nutrizione generale. Fanciullo, sofferse di polmonite. Abusò precocemente di

alcoolici e nella sua vita di emigrante in America commise eccessi ripetuti. — In America ammalò pure di vauiolo — Da qualche anno il suo carattere si era venuto alterando in senso depressivo. Si era fatto chiuso, diffidente, irresoluto. Verso la fine di luglio dello scorso anno, cadendo in stato di ubbriachezza, riportò una vasta ferita alla fronte interessante l'osso. In seguito al trauma la depressione mise capo ad insonnia, ipocondriasi, staccati delirii, impulsi di fuga e di suicidio.

Venne però accolto in preda a grave accesso di lipemania. Taciturno, solitario, appariva alquanto preoccupato, perchè non trovavasi in prigione a scontar la pena delle colpe commesse, giacchè tutta la sua vita non era che un tessuto di peccati e di malvagità. Isolate allucinazioni oniriche visive ed acustiche parevan acuire il delirio di colpa, infondendogli nell'animo un vivo senso di paura. Ond' è che presto anche l'ambiente venne coinvolto nell'elaborazione delirante.

« Tutti i ricoverati soffrivano per cagion sua; gli avevan cambiato il no-
« me; in sogno gli rivelavano la fine disastrosa di tutti. . . . L'ammalato soffriva di insonnia, disappetenza , stipsi. Aveva lingua tremula, pupille miotiche, vivaci i riflessi tendinei.

La sindrome depressiva si conserva tuttora essenzialmente immutata. L' *Al* . . . . vive solingo, in attitudine di mestizia.

Non scambia mai parola con nessuno; se ne sta tutto il giorno riconcentrato ed inerte. Ha ideazione rivolta in senso delirante, torpida ed ammiserita.

Il delirio di colpa non è scevro di fatuità; s'alterna e si fonde a idee di persecuzione e di rovina, mantenute da disordini sensoriali. Dice l' infermo che " in tutta la sua vita non ha fatto che mangiar e bere, che ha sempre goduto alle spalle altrui, che non si è unito regolarmente in matrimonio colla moglie legittima. . . . Ha sentito che sui giornali c' è un diavolo rosso. . . Forse si tratta della propria fotografia. . . . Tutti i ricoverati bestemmiano contro di lui e gli gridano essere oramai tempo che egli vada a costituirsi. . Non può dormire, perchè dubita che lo si trasformi in una bestia. . . . »

Notevole è il fatto che le apprensioni di natura ipocondriaca, già rivelatesi al primo manifestarsi della malattia, sono ora affatto silenziose, mentre d' altra parte la capacità fissatrice è buona, nè manca totalmente un certo controllo all' assurdo contenuto del pensiero. Non è impossibile risvegliar nell' infermo un lampo di sorriso, quando gli si confutino con ironia le sue affermazioni, o si tenti distrarlo con qualche aneddoto.

Caso XV.

C. Angelo (5156).

Gentilizio. — Nonno paterno alienato — Ava materna paralitica — Padre avarissimo, morto per tubercolosi — Zia paterna apoplettica — Una sorella tisica — Soffrì di pleurite nell' infanzia; venne su di intelligenza assai limitata, tanto che a stento potè procurarsi un grado di istruzione elementarissima. A 15 anni ebbe febbre tifoide — Fu sempre forte bevitore. Gelosissimo della moglie, a tal segno da condannarla ad un perpetuo isolamento, nei periodi di ebbrezza l'assaliva con impeto e violenza.

Sconfortato per la perdita di due figli, vittime in breve tempo della tisi, si diè a bere smoderatamente, ubbriacandosi quasi tutti i giorni. —

Non tardò a manifestar idee di rovina. Diceva che oramai si doveva trasformare tutto il mondo, perchè ritornando dall'osteria aveva visto gli alberi colle radici all'aria; nottetempo si svegliava di soprassalto, gridando che lo si voleva condurre in prigione, e che per lui non ci sarebbe più stata una via di salvezza.

Sicchè in breve tempo cadde in preda a preciso delirio di colpa e di autoaccusa avvivato da allucinazioni uditive. Gli si gridava che doveva essere punito colle pene dell' inferno pei continui maltrattamenti verso la moglie; che sarebbe oramai stata inutile la preghiera, perchè la bilancia della giustizia divina era ricolma. . . . » In lui venne poi avvalorandosi la convinzione di esservi reso colpevole fin dalla giovinezza; s' acuì il ricordo di futili mancanze , che alla sua coscienza apparivano ingigantite fornendo nuovi germi all' evolversi del delirio. Disse persino di essersi contagiato di sifilide, e d' aver trasmesso ai figli sangue guasto, causa diretta della morte.

La completa soppressione dell'alcool ebbe un rapido, benefico effetto.

Già nella prima settimana di soggiorno in manicomio le false percezioni si andarono dileguando; poi tutta la fioritura di delirii quasi sfrondandosi, non residuò che qualche isolata idea di colpa con tonalità affettiva appena depressa. Subentrarono invece evidenti fenomeni di intoppo psico-motorio, i quali, benchè assai meno accentuati costituiscono attualmente tutta la sindrome morbosa.

Caso XVI.

R. Giuditta (4090).

Crebbe buona, affettuosa, lavoratrice. Ebbe tre figli che allattò senza nessun disturbo. Soffrì di poliartrite reumatica. Al sopraggiungere della menopausa incominciò a commettere abusi alcoolici. La storia medica ci riferisce che in seguito a ripetuti stati di ebbrezza, presentò anche fenomeni convulsivi parziali. Certo si è che rapidamente venne mutando carattere.

Si fece cocciuta, scontrosa, ribelle, litigiosissima.

È inutile seguire l'ammalata attraverso all' infinita serie di beghe quotidiane; il riposo protratto della nuora, o la toilette per una festa da ballo, le esagerate spese del figlio, le controversie sulla scelta dei cibi, i pettegolezzi dei vicini ecc. ecc., tutto era per lei materia di vivaci discussioni, e di continui dissidii.

È accolta in manicomio il 3 Agosto 1908.

Leggo nei miei diarii: In lieve stato di eccitamento arieggiante l'ebbrezza alcoolica, l'occhio lucido, lo sguardo mobile, la fisionomia accesa, il gesto animato. Le funzioni percettive sono poco pronte, l'associazione ideativa rapidissima, tende a sbandarsi per vie illogiche. Sperdendosi in una quantità inopportuna di particolari minutissimi, l'ammalata accenna a maltrattamenti subiti da parte della nuora, del figlio, dei vicini di casa.

Cosciente, benissimo orientata, attribuisce la sua reclusione a un tradimento della sposa, che aveva voluto liberarsene per agire con ogni suo talento. Nota dominante è il sentimento dell'orgoglio offeso.

Due giorni dopo, già riordinatasi nel contegno, con vera compiacenza viene narrandoci tutti i dissapori avuti in famiglia, riferentisi all' andamento della casa, agli interessi del negozio, alle economie domestiche, alla custodia delle suppellettili più preziose ecc. . . « Non la si volle mai ubbidire; non si volle mai tener conto dell'esperienza da lei acquistata colla fatica e cogli anni ».

Dopo una settimana eccola disposta a riconoscere " i suoi torti ", animata da un vivo bisogno di riconciliarsi con tutti, e di inaugurare una nuova vita di pace. E sono appunto questi lusinghieri propositi, avvalorati da un contegno correttissimo , che ci inducono alla dimissione in prova.

Infelice esperimento: dopo nove giorni l'ammalata ritorna, ed il nuovo

accesso da intossicazione alcoolica che ci presenta, è contraddistinto da una fenomenologia peculiare; anzichè riassumerla trascrivo i diarii:

Alquanto eccitata, ha viso congesto, occhio brillante, alito acetonico. Ideazione profondamente sconnessa; discorsi incoerenti, sproloqui; distraibilità spiccata e funzioni percettive frammentarie. — Cenestesi esaltata. Singolare è il predominio di mobilissime idee deliranti grandiose:

" Da Arcisate saranno spediti sacchi e bauli ripieni di ogni sorta di cibi prelibati pei medici, per le infermiere, per tutte le ricoverate.

Dalla Banca d' Italia ella può provocare subito un vaglia telegrafico di cinquecentomila lire. É tempo oramai di riformare l' istituto con servizio di carrozze e di automobili. Stasera illuminazione su tutta la linea, fanali rifulgenti a tutte le finestre, e luminarie fastosissime. Concerto orchestrale e banda. . . . E la festa sarà tutta a dispetto dei signori di Arcisate; sindaco, giunta e proposto ".

14 Settembre " Il racconto che l'ammalata ci tiene è classica dimostrazione di un delirio onirico nettissimo. Equipaggi, stelle, luminarie, arabi, giapponesi, americani, principi di casa reale, regina Elena.. . . . una vera visione cinematografica. La regina le ha offerto acqua di menta, (un' infermiera in realtà le aveva portato un bicchier d'acqua).

15 — Il delirio onirico si protrae anche durante la giornata. Una infermiera è nello stesso tempo la sua nuora e la regina; veste a lutto, perchè orfana da pochi mesi. . . . In una ricoverata riconosce un'amica del figlio, già morta l'anno scorso, in un'altra il papa Pio X".

Per circa una settimana la sindrome si mantiene essenzialmente invariata.

L' inferma sembra in preda a permanente ubbriacatura generale, racconta di scene stranissime a carattere di sogno, a contenuto persecutorio e grandeggiante, ed esprime strane assurdità, che non sa correggere. Quindi allucinazioni e delirii si stereotipano, poi si fanno alquanto instabili e scialbi sino a dileguare.

Rimane certa mobilità ed assurdità di giudizio, che nel risorgere degli affetti famigliari e nel ricomporsi della ideazione, presto si corregge, finchè l'ammalata, pur serbando esatti ricordi dell'episodio psicopatico, acquista man mano esatta coscienza di sè e dei suoi rapporti coll'ambiente.

Attualmente perdura la fase di tregua, trovandosi la *Ro*. . . . da più di un anno in famiglia.

Caso XVII.

S. Giuseppe (C. 5290).

Gentilizio: — In linea paterna: avi morti per una malattia a decorso cronico (gotta ?). In linea materna: avo bevitore ; due zie ed uno zio alienati. Padre cardiopatico, gottoso, paraplegico. — Madre convulsionaria. Un fratello alcoolizzato.

L' infermo fu sempre di costituzione gracile. Nell' infanzia subì ripetuti spaventi ed ammalò di coxite; l' affezione ebbe decorso cronico, tanto che attualmente residua atrofia e retrazione dell'arto destro. Fin da giovinetto, dedito ad una professione, di cui è natural conseguenza lo stimolo al bere, (vendeva acquavite), si abbandonava a frequenti eccessi alcoolici; assiduo bazzicatore della bettola, abusò sempre di vino e di birra. Più volte sotto l' influenza di svariate cause determinanti, cadde in preda a vivaci pertubamenti psichici, per altro di breve durata. In seguito ad emozioni deprimenti, a dissidii famigliari, ad eccessive fatiche. si risvegliavano in lui sulla base di subite allucinazioni acustiche, idee deliranti di colpa e di rovina. Ma la condizione morbosa fondamentale che si andava delineando era quella di una singolare instabilità psichica, e di una permalosità di carattere significante. Peregrinava da un padrone all' altro provocando liti per questioni di lieve entità, da tutti credendosi malvoluto e peggio ricompensato. Fu anche all'estero, e principalmente in Svizzera, ove appunto fece abuso di birra, ed ebbe contrasti vivacissimi coi vicini, coi compagni di lavoro, colle stesse autorità, tanto che fu costretto a rimpatriare.

Ultimamente conviveva da qualche tempo col fratello, finchè vistosi offeso nei suoi diritti di proprietà, e derubato, si ridusse a viver solo, esercitando il mestiere di venditore ambulante. Sotto il dominio di scrupoli infiniti, si dedicò a continue pratiche religiose. Si fece depresso, disse di essersi meritato l' inferno, e manifestò chiaro delirio di auto accusa, finchè in seguito a forte patema d'animo per lo spavento subito in un'aggressione notturna, l'accesso psicopatico si manifestò in tutta la sua pienezza.

E quale netto delirio alcoolico, come potemmo direttamente osservare.

Intanto i sintomi fisici della intossicazione erano evidenti, l' inquietudine accentuata, l' insonnia costante; le allucinazioni acustiche a contenuto terrifico, persecutorio, o mistico nitidissime. Notevole lo strano intrecciarsi di percezioni esatte ad altre falsate, con incapacità a correggere incoerenze paradossali. " Era in mezzo ai nemici, veniva arrestato. . . . Lo visitava il medico . . . gli infermi colle loro grida lo impaurivano. . . . Vedeva Cristo, gli angeli . . . esprimeva idee grandeggianti. Talora invece si faceva ansioso, ed erompendo in pianti disperati, manifestava idee di colpa e propositi di suicidio. Allora appariva anche sorpreso da allucinazioni della cenestesi, per cui sentivasi tutto abbruciare.

L' inquietudine affannosa già interrotta da fasi di stupore, finì per cedere il campo ad uno stato di sonnolenza profonda, da cui l' infermo venne poi risvegliandosi rapidamente.

Rimane in lui certa prostrazione psichica e un netto delirio di autoaccusa, con affettività lipemaniaca, per cui si ritiene colpevole di atti turpi commessi su bambine, e di violenze carnali, di ozio protratto e di vita parassitaria.

Caso XVIII.

N. Enrico (C. 5255).

É un deficiente, figlio di consaguinei, frenastenici.

Di carattere misantropo e permaloso. Soffrì di febbre tifoide a circa 17 anni; durante la convalescenza incominciò ad abusare di alcoolici, affermandosi sempre più nell' invadente abitudine. Ipersensibile d'altra parte all'azione dell' alcool, ha forme di ebbrezza sciocca, che mettono in evidenza tutta l' inferioritá psichica costituzionale. Intanto l'alcool acuisce in lui una peculiare disposizione persecutoria, finchè scoppia un accesso delirante in cui i fenomeni direttamente dovuti alla intossicazione vengono integrando i germi del delirio fondamentale degenerativo. L'ammalato si dice da tutti malvoluto , tutti gli gridano espressioni ironiche e minacciose. . . . . .

I preti si oppongono a che possa usufruire di determinate somme di denaro, le quali gli spetterebbero di diritto; gli richiamano a nuova vita la madre (defunta da parecchi anni) salvo a lasciare direttamente a lui il compito di rimandarla all'altro mondo. Ella trovasi ora in casa del parroco, in attesa appunto che le preghiere del figlio la richiamino donde è partita. . . . Ma egli ha oramai deciso di vendicarsi; ha scoperto il trucco, epperò non se ne occupa più. — Notevole che ci racconta in proposito scene di sogno; visite notturne della madre, subite apparizioni, discorsi con fantasmi, aggressioni ecc. . . . . .

⁂

Discutiamo le forme di delirio alcoolico studiate:

Nel X.° caso la tendenza al bere è ereditaria. Il *Sa*. . . . . discende da un beone: si ripensi che verosimilmente per fenomeni di encefalite un suo fratello morì nella prima infanzia. Di intelligenza limitata, è d'altra parte anche un bevitore semicosciente, perchè è vittima della propria ignoranza. Che gli abusi ripetuti potessero esercitare alla fine un' influenza disastrosa sul suo organismo, avrebbe creduto paradossale il solo dubitare, nè oggi, pur in piena riacutizzazione dei fenomemi sensoriali se ne mostrerebbe realmente persuaso: Tifoide e trauma al capo cooperano ad acuire in lui un' intolleranza

singolare a dosi medie di alcoolici, sicchè attraverso ad una serie non eccessiva di stati di ebbrezza, viene preparandosi il terreno all'evolversi del delirio, il quale esplode rapidamente, forse senza nessun sintoma premonitore, ma si conserva poi classicamente definito, ricco di sintomi psicologici addebitabili all'intossicazione, immune da qualsiasi elemento estraneo. E solo qualche idea delirante persecutoria, strascico di isolate allucinazioni oniriche, interrompe tratto tratto il periodo della defervescenza.

Senza prodromi di sorta si annuncia il secondo accesso con allucinazioni molteplici, a contenuto essenzialmente persecutorio, mentre invece i disturbi fisici riferibili ai nuovi abusi alcoolici si manifestano solo più tardi, in piena riacutizzazione psicopatica, quando già l'infermo è riaccolto in manicomio. E lo stato di singolare eccitabilità psichica si protrae in seguito con estrinsecazioni accessuali ostinate, quasi l'alcool abbia posto la corteccia cerebrale in una condizione di eretismo, che si perpetua in ragione della invalidità nervosa originaria.

Allucinazioni di più sensi esplodono vivacissime, quasi propaggini del delirio sensoriale classico, e cogli identici caratteri di quello. Penetrano nel campo della coscienza come vere ossessioni, che l'ammalato ora subisce passivo, ora invece commenta ed analizza.

Studiandole oramai da qualche anno, noi possiamo recisamente affermare ch'esse costituiscono un vero strascico degli accessi completi, non solo perchè ne conservano i caratteri essenziali, ma e più specialmente perchè non hanno nessuna tendenza a trasformarsi, perchè non ridestano ulteriori interpretazioni allegoriche di stimoli interni ed esterni; non costituiscono insomma il punto di partenza di una forma vesanica.

Nel caso XI° una determinata discrasia costituzionale spicca nella corrente gentilizia; in linea paterna v'ha notevole tendenza ad affezioni pleuro polmonari, alla tubercolosi più particolarmente. Sospetta negli avi, dessa si afferma nei collaterali, e vi si accentua nel ramo discendente, associandosi poi a manifestazioni psicopatiche; in linea materna, già al suo primo apparire negli ascendenti, s'accompagna ad affezioni neuro e psicopatiche.

Ereditariamente compromesso si presenta dunque il terreno da cui esploderà poi l'accesso allucinatorio delirante.

La duplice labe ereditaria si traduce dapprima nell'infermo in

un complesso di anomalie essenzialmente riferibili a certa condizione fondamentale di disquilibrio psichico, di cui sarebbero indice la religiosità eccessiva, connessa a pregiudizi e superstizioni, a povertà di raziocinio, e la precoce tendenza all' alcool.

L' ammalato fin da giovane si abbandona all' abuso di vino, perchè è un ereditario; il peculiare appetito in lui insorge presto e raggiunge il suo naturale soddisfacimento; la volontà non ha potenza di sopprimerlo.

L' equilibrio dei periodi di astinenza non è che provvisorio: ogni volta che l'istinto si risveglia una nuova serie di accessi rincomincia.

E gli stati di ebbrezza si seguono a lunghi intervalli, ma con assoluta costanza, senza per altro oltrepassare i limiti delle manifestazioni fisiologiche. Finchè l'abitudine al bere si viene ad affermare come elemento necessario di vita, inesorabilmente legata alle esigenze della professione, avvalorata pur anche da errori e pregiudizi, man mano che certa debolezza organica va delineandosi. Perocchè quando in seguito a ripetuti patemi d' animo, a bronchiti, a disturbi gastrici, si resero malferme le condizioni della salute generale l'ammalato, che sulla benefica influenza degli alcoolici, era venuto accumulando tutta una serie di prove, raddoppia senz' altro gli abusi.

Ed è così che scoppia il delirio.

I prodromi sono direttamente riferibili all' intossicazione alcoolica: sono disturbi intellettuali di natura penosa, incubi, sogni, insonnia, modificazioni del carattere in senso depressivo. Se non che alla sintomatologia classica non tardano ad associarsi elementi eterogenei, i quali traggon loro fonte di origine nelle precise condizioni fisse, individuali di disquilibrio psichico.

Quindi accanto alla depressione paurosa, i sogni a contenuto mistico, le idee grandeggianti animate da religiosità eccessiva, la prodigalità assurda, ed il contegno in perfetta armonia colla corrente ideativa. A delirio conclamato, il duplice ordine di sintomi si fonde e si integra a vicenda; quindi da un lato le allucinazioni oniriche, terrifiche, l' inquietudine singolare, il tremore, i sussulti improvvisi, la lucidità di spirito, l'umorismo inopportuno; dall' altro il delirio allucinatorio mistico, che al primo s'intreccia, qua e là soverchiandolo.

Il periodo di remissione si contraddistingue per la durata notevolmente lunga e per le recidive parziali.

Si delinea attraverso al ripetersi di veri attacchi di sogno, im-

provvisi, tipici accessi di automatismo sonnambolico, che l' elemento suggestivo governa.

Il colorito si mantiene immutabilmente mistico religioso; dell'intossicazione da alcool si direbbe non si riacutizzi che certa fenomenologia fisica. Per contro tutta una folla di dubbi paurosi, avvalorati da sogni , o da allucinazioni isolate, progressivamente attenuantisi, preludia alla fase di tregua.

Nel caso XII° osserviamo una evoluzione di fenomeni fondamentalmente analoga. Se non che qui, e la predisposizione gentilizia è meno grave e l' originaria costituzione invalida si rivela per alcune particolari note del carattere, le quali appunto si vanno accentuando dietro lo stimolo importato dall' alcool.

La scarsa sociabilità e l' atteggiamento sempre vigile dell' animo metton presto capo all'appercezione ostile dell'ambiente, all' esagerata visione dei proprii diritti, a litigiosità, alle idee di gelosia.

Al primo ricovero in manicomio l'accesso delirante da intossicazione alcoolica si limita verosimilmente ai fenomeni prodromici.

Ma già gli accidenti direttamente tossici, si plasmano sulla condizione di gelosia persecutoria e la ravvivano; s'aggiungono ondate di idee grandeggianti, mistico-religiose e poi subito la sindrome complessiva tende a scolorirsi. La fase di remissione continua quindi ininterrotta.

Pochi eccessi sono più che sufficienti per ridestare la sintomatologia morbosa assopita, ma non estinta. Esplode rapido in tutta la sua pienezza il delirio mistico-geloso, e le allucinazioni ricevon da quello impronta peculiare.

Desso si mantiene vivace e dominante nel quadro morboso, ad integrar il quale concorre per altro tutto un assieme di sintomi di indubbio significato diagnostico.

Un soffio di euforia inopportuna avviva il delirio fondamentale qua e là interrotto da elementi eterogenei, tipici lampi di delirio specifico all'intossicazione, mentre l'incapacità a correggere contraddizioni paradossali appare spiccata, e l'inquietudine ed il tremore assai significante.

Nel XIII caso il terreno gentilizio rende precoce l' evolversi del delirio alcoolico, più facili le ricadute, più fertile la sintomatologia

complessiva, ma in special modo risveglia peculiari predisposizioni latenti.

La coscienza dell'infermo è turbata già prima che il delirio si appalesi, concomitante a false percezioni, le quali appaiono molteplici, di più sensi; a tipiche allucinazioni terrifiche, visive ed acustiche, altre se ne aggiungono ed imponenti della cenestesi. Nè l'ammalato mostra di subirle passivo, che anzi interviene attivamente, accumula interpretazioni deliranti melanconiche, le analizza ed ha fasi di angoscia viva con impulsione suicida.

Le recidive nel periodo della convalescenza sono parziali, nel senso che vengono a mancare in modo assoluto le allucinazioni penose della vista e dell'udito, mentre si protraggono vivacissime le cenestesiche, riacutizzando la disposizione lipemaniaco-reattiva.

Nel caso XIV l'abuso di alcoolici viene man mano maturando l'originaria tendenza alla melanconia. Quando i sintomi della depressione affettiva già si sono annunciati, e vanno progressivamente affermandosi, ad accelerarne l'evoluzione interviene il trauma al capo. Ma allora mentre da un lato la sindrome fondamentale si ravviva ed acuisce sino al raptus, insorgono pure dall'altro fenomeni riferibili a fatti di intossicazione alcoolica, allucinazioni penose, e mobili delirii vicendevolmente integrantisi, insonnia, sogni terrifici. Si aggiungon sintomi fisici di indubbio significato diagnostico.

Caso XV — Nel gentilizio le affezioni nervose e psichiche stanno fra di loro in rapporto di mutua trasmissibilità e dalla duplice labe ereditaria discendono poi, quale funesto retaggio, la tisi e l'alcoolismo. Giacchè nel Co... la tendenza al bere è elemento integrante della sua psiche anormale. Dessa si manifesta libera da ogni freno inibitore. Nessuna lotta qui si delinea, ond'è che l'ammalato, in brevissimo tempo è vittima dell'influenza dispotica dell'abitudine.

La più semplice forma d'intossicazione è già influenzata dall'elemento ereditario. L'originaria reazione appercettiva a colorito paranoide si accentua, avvivando le idee di gelosia, quindi si complica a manifestazioni impulsive. Attraverso agli stati di ebbrezza si direbbe venga maturando il delirio, ma prima che si annunci con sintomi isolati, scoppia un accesso di melanconia con idee deliranti di peccato, di dannazione e di rovina. L'infermo vi si abbandona passivo, le accoglie senz'esame,

le arricchisce col contributo delirogeno dei più remoti residui mnemonici, poi viene adattando alla loro interpretazione quelle false percezioni illusorie ed allucinatorie che vengono risvegliandosi sotto lo stimolo dell'alcool.

La fenomenologia strettamente tossica va quindi dileguandosi; soltanto più tardi le idee deliranti si fanno scolorite ed indistinte, ma la convalescenza si protrae tuttora con sintomi così classici di intoppo psico-motorio, che, ove l'anamnesi fosse muta, noi dubiteremmo di trovarci in presenza di un maniaco-depresso.

Consideriamo sinteticamente questi tre ultimi casi per rilevarne le analogie e le differenze psicologiche.

In tutti la tendenza all'alcool va connessa a fatalità organico-istintiva originaria; a tutti è comune la sindrome lipemaniaca.

Ma nel XV è l'episodico predominio di un delirio melanconico nella folla di situazioni deliranti, che ridesta dall'alcool, già incalza svariata; nel XIV è fortuita maturazione di un processo involutivo già in corso; nel XIII ha duplice origine psicopatogenetica: in pieno evolversi del delirio si direbbe naturale conseguenza delle allucinazioni penose; nelle fasi di tregua dei fenomeni tossici acuti, è l'abnorme costituzione, che feconda le illusioni cenestesiche e che ne lascia intuire man mano gli elementi che concorrono a costituirla.

Analoghe osservazioni possiamo fare pel caso XVII.

La pazzia, gli stati nevrosici, la tendenza al bere, le discrasie costituzionali sono dominanti nel gentilizio, e l'infermo ne tradisce il grave tralignamento in uno stato perenne d'imminenza vesanica. Già ai primi abusi alcoolici, egli va incontro a periodi di forte turbamento, ha accessi di delirio melanconico, che precoci allucinazioni di origine tossica contribuiscono a ravvivare; si delinea una condizione di accentuata instabilità psichica. Man mano che gli accidenti alcoolici guadagnano terreno, le loro manifestazioni si intrecciano coi sintomi strettamente vesanici; la resistenza dell'ammalato va sempre più diminuendo, finchè preannunciato da apprensioni depressive, scoppia il delirio alcoolico con sintomi classici, e con delirii mobilissimi, che rivelano la influenza ereditaria.

In questo caso dunque l'alcool è dapprima un reattivo semplice, che risveglia la predisposizione e provoca l'evolversi di un delirio: in

seguito vien man mano predominando l' alcoolismo, traendo seco un accesso delirante specifico con fase prodromica atipica, poi il delirio alcoolico maschera il delirio melanconico, (da predisposizione originaria) si che esso si rivela appena con idee di suicidio, le quali vanno naufragando nell'obnubilamento rappresentativo.

Svanita la sindrome tossica, il delirio degenerativo sostiene ancora la scena morbosa.

Anche nel caso XVIII noi vediamo, intrecciarsi il duplice ordine di fenomeni: getti allucinatori nitidi e mobili, bislacche idee di persecuzione, spunti megalomaniaci, accentuazioni notturne di disordini sensoriali.

Dileguatisi in breve tempo i sintomi della nevrosi tossica, le originarie idee deliranti evolvono poi autonome, ondeggianti, ora evidentissime, ora invece quasi evanescenti nel contegno abituale improntato a torpore affettivo, a completa assenza di vivacità psichica.

C) Accessi psicopatici pei quali l' alcool è semplice stimolo.

C. Caso XIX.

D. C. Giuseppe. (C. 5263).

Gentilizio: Padre alcoolista, morto per tubercolosi, madre isterica. Uno zio paterno paralitico, un altro affetto da demenza alcoolica — Tre zie materne alcooliste.

L' ammalato fu sempre di intelligenza mediocre, di carattere instabile, facile all' ira, incline all' ozio, all' alcool, al litigio. Giovinetto, veniva già espulso da un istituto di educazione per atti di indisciplina e violenza; a diciott'anni era ricoverato all'ospedale maggiore di Milano per un accesso delirante allucinatorio, che fu riferito all'intossicazione alcoolica. Da quell'epoca in breve giro di anni fu poi ben quattro volte in manicomio, per condotta sregolata, impulsioni, atteggiamenti persecutori, tendenze suicide, sulla base di una folla di situazioni deliranti proteiformi, instabilissime.

In questi ultimi tempi abbiamo potuto osservare direttamente le accessuali sindromi psicopatiche.

Il 14 Luglio 1908 è ricoverato in preda ad intossicazione alcoolica acuta, in stato di incoscienza. Dopo pochi giorni si risveglia, ma per circa due

settimane, si mantiene alquanto eccitato, logorroico, l'attenzione spontanea sempre tesa ed attiva per intercorrenti allucinazioni a colorito vario; mostra tendenza a lacerare, fa smorfie, arrota i denti, fischia, canta sottovoce. — Nella notte del 30 ha vivissimo delirio allucinatorio terrifico. Già dopo quattro giorni si presenta ricomposto, e totalmente riordinato, e tale si mantiene sino all'epoca della dimissione, che dietro ostinate richieste della famiglia ha luogo il 16 Agosto.

Era facile prevedere una recidiva, quale appunto si verificò alla distanza di una quindicina di giorni. L'ammalato ritorna in stato di ebbrezza, il viso congesto, l'alito acetonico, l'occhio iniettato. Ha coscienza oscurata, sognante, lo stato di sogno si protrae per circa due mesi, appena interrotto tratto tratto da fugaci fasi di tregua sempre contraddistinte da note singolari.

Ecco qualche diario:

4. IX. — Evidentemente sotto il dominio di molteplici allucinazioni visive a contenuto caotico, vere visioni cinematografiche. Son così innumerevoli le fisionomie che gli si presentano, ch'ei non può riconoscere nessuno. Dall'ospedale al carcere, dal manicomio al cellulare: gendarmi, medici, questurini, ecc.

7. IX. — Dimostra certa ostilità all'ambiente, e tiene discorsi insensati con accenni a idee grandiose. Lo si sorprende tratto tratto esaminare attentamente la biancheria del letto, o nell'atto di prendersi fra le dita esseri semoventi.

8. IX — Lo si direbbe in stato crepuscolare. Intanto l'inquietudine motoria va accentuandosi.

Due giorni dopo già si risveglia come da un vaneggiamento febbrile, quindi per tutto un mese conserva contegno normale, finchè subentra repentino un periodo d'inquietudine sconclusionata con profonda sconnessione ideativa, tendenze laceratrici, atteggiamenti stereotipici, sudiceria.

La fase di tregua che indi ne segue è tale che ne induce ad una nuova dimissione.

Attualmente l'ammalato trovasi qui da due mesi. Al suo ingresso presentavasi lucidissimo e cosciente, ma pochi mesi prima aveva lasciata la casa senz'alcun preavviso, e dopo d'aver fatte spese inconsulte, e pattuiti contratti favolosi. Fu sorpreso dormire all'aperto, sotto la pioggia. — Qui presentavasi congesto in viso e in preda a tremori generali.

Aveva lingua tremula, sussulti finissimi ai muscoli mimici, spiccato tremore alle dita distese, lieve disartria. A completare la sindrome si aggiungevano spunti negativistici, e fenomeni di manierismo assai accentuati.

Percepiva prontamente, ma era alquanto distraibile, ed accennava con ottimismo ed euforia inopportuna a idee persecutorie bizzarre, indistinte,

le quali traevan motivo da una sequela di pettegolezzi famigliari, o da insulse questioni di interesse.

Per lo più indifferente, non senza ostentare certa superiorità ed alterigia, ad intervalli irregolari si mostra ora in preda a singolare disordine psico-motorio.

Turbe di natura cenestesica preludiano allo stato di eccitamento. L'ammalato si lamenta di dolori addominali e di " rosellini ,, alla testa, di sensazioni fastidiose alle spalle, stiramenti alle ossa, le quali si " deformano come se fosser ossa di balena ,, . . . quindi si isola , e sotto il dominio di mobilissime allucinazioni visive ed acustiche, va ripetendo tutta una pleiade di espressioni incoerenti che ne riassumono tutto l' automatismo mentale.

I giuochi di parole, le assonanze, gli accenni a neolalia sono evidentissimi.

L' umore si mantiene euforico-collerico, la suggestibilità spiccatissima.

Anche l'incesso è goffo ed oltremodo manierato, paretico - spastico od anche subatassico.

CASO XX.

S. Pietro (C. 5298).

Gentilizio: Avi sconosciuti — Padre e madre morti per senilità — Uno zio paterno alienato, una zia squilibrata; un fratello frenastenico, una sorella morta per tisi.

L' ammalato abusò precocemente di alcoolici; giovinetto sofferse febbre tifoide. Era di carattere alquanto chiuso, ma di intelligenza sveglia, disposto al lavoro, ma assai instabile.

Non trovò mai occupazione fissa; fu in Svizzera, in Germania, in America, nell'Algeria ecc. Ogni mese cambiava mestiere, non disdegnandosi di compiere anche i più vili. Anzichè seguirlo nel suo pellegrinaggio, noteremo ch' ei per lo più si dedicava a lavori, in cui lo stimolo al bere non viene mai meno (facchino, sguattero, taglialegna, in alberghi, bettole, postriboli). Perchè abitualmente cambiasse padrone non sappiamo; qualche volta veniva licenziato. In realtà si era fatto acuto osservatore d' ogni più futile evento, acquistando una delicatezza d' amor proprio ombrosissima, estrinsecantesi per altro in forma peculiare.

Non trascese mai a reazioni di sorta: con ottimismo subiva tutto quel mondo fantastico , ch' era frutto di ininterrotta elaborazione subdelirante.

Il 24 Ottobre 1905 è sorpreso da allucinazioni visive ed acustiche di una sorprendente chiarezza sensoriale.

In un albergo a Genova avverte nottetempo la voce del padre, del fratello, di amici; sente grida confuse di minaccia, canti, espressioni indifferenti. La mattina, temendo di dover essere arrestato, parte col primo treno sfuggendo ad " una folla di sacerdoti di malaugurio che l'attendevano alla stazione ,,; durante il viaggio gli è di scorta sino a Voghera il fantasma del fratello, che poi scende, si fa il segno della croce, suona una grossa campana " forse quella della morte ,, e scompare.

Temendo dell'equilibrio delle sue facoltà mentali l'ammalato si presenta all'astanteria di via Lamarmora, per esservi ricoverato. Respinto, senz'avvedersene ei si trova più tardi in piazza del duomo, vede ogni cosa a rovescio, inciampa più volte e cade, urta, or l'uno, or l'altro, grida espressioni insensate. . . . . .

Fu per tre mesi al manicomio.

In seguito inaugura una seconda serie di viaggi, ed in America ammala più volte per febbre (?]. S'occupa or qua, or là, s'ubbriaca spesso, finchè a Marsiglia il 14 Giugno 1907 ricade in preda a delirio allucinatorio — Vede i fili elettrici in fiamme, i tram avvolti da una luce rossastra, la via disseminata di spettri, tra cui distingue la moglie e la figlia. Fugge atterrito gridando al finimondo — L'accesso psicopatico si protrae quindi per qualche tempo e va complicandosi di elementi eterogenei, quali a noi fu dato osservare — Dal Manicomio di Marsiglia infatti il Sa . . . è rimpatriato durante un periodo di tregua del male, che ha durata effimera.

La psicopatia ha ora assunto un decorso singolare; ondate di idee deliranti bizzarre, mantenute da allucinazioni cenestesiche esplodono tratto, tratto dal fondo abituale di calma apatica, non risvegliando che una debolissima eco emotiva:

« Gli fu reciso male il funicolo; un frammento di matrice infiammata « ha potuto così penetrargli attraverso l'intestino, causa diretta di dige- « stioni laboriose — Soffre di cefalea, e le idee si seguono velocissime « con moto perpetuo . . . . Gli arde la fronte forse per sinistra influenza « dai genitali . . . . Ha vinto il premio di tre milioni della regina d'In- « ghilterra, perchè s'incinse ».

Caratteristica di simili delirii è, come si disse, la mobilità, la subita esplosione, ed il rapido dileguarsi. Di fronte ad essi altri ne insorgonc assai più raramente, provocate da allucinazioni oniriche terrificanti. Allora l'infermo grida che lo si vuol gettare a mare, che hanno crocifisso Napoleone, che gli trasformano in uomo la moglie, per servirsene a scopo di reclame.

Si fa allora agitatissimo ed ansioso. Nei periodi di calma assume pose statuarie, o almeno bizzarre, ammicca senza scopo, fa smorfie: degli stati di sogno non persiste integra che l'incoerenza delle visioni.

Caso XXI.

G. Adriano (C. 5087).

Gentilizio: Padre bevitore morto per cancro al rene, madre cardiopatica, apoplettica. In linea collaterale mattoidi.

Nella prima infanzia ammalò di febbre infettiva (?) Di intelligenza limitata, non appena si ebbe procurato un grado di istruzione elementare, intraprese il mestiere del fabbro, che non abbandonò più. Era di carattere chiuso, assai emozionabile, iracondo, intollerante della disciplina, tanto che durante il servizio militare si ebbe diverse punizioni.

Emigrò quindi in America, ove sofferse ripetutamente di febbri, e contrasse blenorragia ed ulcere veneree. Si diè a bere smoderatamente, ond'è che la sua costituzione anormale mise capo presto a polidelirii di persecuzione, che a noi oggi non è possibile mettere in luce, non residuandone che sconnessi frammenti. Ritornò in Italia, e fu a Bergamo e a Milano presso i parenti, che non tardò ad abbandonare per questioni di interesse, e litigiosità continue, prodromi forse di quello stato confusionale delirante, per cui fu poi ricoverato nel manicomio di Mombello. Ripreso dai famigliari, dopo una breve fase di tregua si ridusse a viver solo, e andò errando in cerca di lavoro, che potè trovare alfine a Como, ove s'ammogliò.

Fu verso la fine di settembre dello scorso anno che in seguito a grave trauma al capo ricadde in preda a grave accesso di follia. Colpitosi infatti accidentalmente alla fronte, ebbe improvviso deliquio, da cui si risvegliò il giorno dopo giá in preda a delirio.

Diceva alla moglie di starsene molto lontana, altrimenti l'avrebbe avvolta fra le fiamme; l'assalì con violenza, tentò di strangolare i figli. Nottetempo era dominato da chiaro delirio professionale, per cui impartiva ordini ai garzoni di negozio, s'illudeva d'arroventare ferri ecc. Espresse propositi di suicidio, e si gettò sotto il tram. Quindi la sindrome confusionale venne rapidamente aggravandosi.

Notavo nel diario del 5 Luglio: "È insonne, clamoroso, in stato di obnubilamento cosciente; gli stimoli esterni non ridestano emozioni o reazioni apprezzabili; la fisionomia si conserva contratta, smarrita. Al quadro amenziale si accompagna uno stato di automatismo onirico; sono allucinazioni molteplici, di più sensi, che dominano l'ammalato, onde ne segue un delirio caotico, che si direbbe riproduca un sogno. Essenzialmente appare costituito da associazioni casuali di imagini, da revisiscenze allucinatorie di rappresentazioni e di ricordi, riferentisi agli avvenimenti più svariati,

da scene della vita famigliare e professionale. Sicchè l'ammalato ora s'intrattiene con amici sulla piazza d'armi, ora si trova all'osteria, sul lago, a Bologna ecc. Simile quadro presenta fasi di tregua; notevole che l'oscurità risveglia il delirio allucinatorio. ,,

E il giorno 8: Si presenta calmo; affatto insensibile e indifferente, esprime tranquillo le più incoerenti assurdità, ma riconosce il luogo, pur non rendendosi conto del tempo, non può associare logicamente le proprie idee. Qua e là lampi di spirito e risposte a tono. La coscienza è come lontana.

'' Il medico è il commissario di pubblica sicurezza, che ha assistito al suo matrimonio colla bandiera nazionale verde per la patria e per il re. Non si chiama *Gi* . . . . ma Luzzari; il nome gli è stato cambiato per decreto della folla lungo gli argini del fiume, e di tutti gli infermieri del Manicomio. . . . . ,,

Il risveglio si manifesta repentino e completo all'indomani, non residuando che certa ostilità indistinta. Quindi la fase di remissione appare qua e là interrotta da stati di euforia inopportuna con esaltamento della cenestesi, e da facile emotività con subiti impulsi, finchè il riordinamento progressivo si riafferma.

Una prova di dimissione ha risultato infausto. Non appena si trova in famiglia, il *Gi* . . . . si rifiuta di lavorare, passa gran parte del giorno sedendo or qua or là in stato di assoluta inerzia, guardando fisso il pavimento, senza mai scambiar parola con nessuno. Procuratesi clandestinamente diverse bottiglie di liquori, ad eludere la vigilanza, le nasconde fra i materazzi. Si rifiuta di dormire colla moglie, non volendo aver più con essa rapporti sessuali. Per qualche giorno si conserva così ostile e permaloso, poi assume contegno incoerente; si mette a ballare per la casa, rovescia il petrolio sul fuoco, e minaccia di buttarvi il figlio; si alza nottetempo e pretende di aprire bottega.

Disordine ed incoerenza di atti sulla base di una perfetta lucidità di spirito sono pure le note fondamentali della nuova esacerbazione di sintomi, che ci è dato osservare.

L'infermo ha qualche illusione visiva, accenna a idee di persecuzione, è insonne; i periodi di immotivato umorismo sfumano nell'apatia; il dubbio di esser arrestato si sperde in un classico vaniloquio, e in ogni caso appare manifesta la disarmonia fra stati emotivi e contenuto del pensiero. Subentra una fase di calma abbastanza ordinata, da cui esplodono intermittenti accessi di sconclusionato disordine motorio con tendenza al litigio; impulsioni, sproloqui, spunti di negativismo, e idee fastose mobilissime.

Caso XXII.

B. Gerolamo. (C. 5145).

Gentilizio; Avo paterno alienato, suicida; avo materno apoplettico; padre psicopata, madre tisica.

Ebbe una fanciullezza infelice, essendo cresciuto anemico, e di costituzione gracile. Ammalò frequentemente; soffrì di ripetute affezioni oculari, di influenza, poi di erisipela alla faccia, di febbre tifoide verso i vent'anni. In seguito cominciò a commettere qualche abuso di alcoolici, e senza causa apprezzabile ebbe un accesso di depressione affettiva con scialbe manifestazioni deliranti ed impulsione suicida.

Veniva allora ricoverato per la prima volta in Manicomio.

Guarito dopo pochi mesi, non vi ritornava che dopo quattro anni in stato di eccitamento psico - motorio. Si era abbandonato a ripetuti eccessi nel bere, e da qualche tempo si era fatto intrigante, litigioso e manesco.

La nuova sindrome psicopatica qui appare anche complicarsi di idee persecutorie con spunti di megalomania. Presto subentra notevole remissione d' ogni fenomeno morboso, non residuando che qualche disturbo fisico riferibile alla intossicazione.

Ma nel nuovo soggiorno in famiglia commise un mondo di stranezze. Bazzicava le osterie rifiutandosi di pagare, ammonito buttava all'aria bicchieri e bottiglie, si rifiutava di occuparsi in qualche modo, dicendosi gran signore, salvo poi ad estorcere ai parenti grosse somme di danaro; invadeva pubblici comizii facendo un gran chiasso, barricava passaggi.... esercitava il più sfacciato contrabbando. Minacciò di appiccar fuoco alla casa.

Riaccolto in manicomio la sindrome mutò subito colore. Il B. apparve depresso, inerte, poco comunicativo, sotto il dominio di sensazioni fastidiose di natura cenestesica. Ed il risveglio non si verificò che assai lentamente, benchè in modo progressivo si da ristabilirsi poi uno stato di completo benessere.

In questi ultimi tempi, già dopo qualche breve soggiorno in paese, l' ammalato andava prendendo il solito ontegno arrogante, quando il tentativo di stupro d' una bambina ne determinò l' immediato ricovero in Manicomio.

Ora è subentrata una nuova sindrome depressiva.

*
* *

Procediamo all'analisi psicologica dei casi:

Nel caso XIX l'elemento degenerativo è profondamente compenetrato nelle vicende biologiche individuali; psicopatie, forme neuropatiche, diatesi costituzionali, alcoolismo, nel gentilizio si vanno addensando; di qui la formazione di uno stato mentale, in apparenza nuovo, ma che in realtà richiama taluni particolari degli ascendenti.

Il coefficiente individuale di reazione all'alcool è minimo; presto si suscitano le latenti energie deliranti; nei primi accessi predomina la "vesania„ e la intossicazione non si affaccia qua e là se non con periodi di inquietudine, insonnia, e disturbi fisici. In seguito la successione della forma psicopatica avviene per una serie di fenomeni strani e bizzarri.

O l'ammalato con le fonti ereditarie si costruisce un delirio, che l'alcool riacutizza, o gli accidenti alcoolici ne vengono mascherando la evoluzione fondamentale, o gli uni e gli altri si frammischiano simultaneamente con vicendevole predominio.

Così a stati di ebbrezza patologica seguono periodi di inquietudine sconclusionata; accumulandosi gli accessi, il delirio allucinatorio scoppia frammisto ad elementi eterogenei, e si protrae a lungo; ed è seguito da un complesso di sintomi che viene a riprodurre uno stato di eccitamento catatonico, quale perdura anche attualmente, dopo nuovi attacchi di intossicazione acuta con atteggiamenti persecutorii-impulsivi e stranezze di contegno.

Una successione analoga di fenomeni si osserva nel caso XX.° Anche qui l'alcool mette sulle prime in luce le originarie anomalie da eredità neurotica e vesanica.

Nota essenziale è il mal governo della intelligenza con reazioni appercettive " paranoidi " per cui tutto un mondo fantastico s'impone alla mente dell'ammalato e la guida.

Gli accessi deliranti alcoolici risentono della influenza ereditaria pel decorso tumultuoso, irregolare, interrotto dall'insorgere e dal prevalere di elementi eterogenei.

Tipico è in proposito il duplice delirio, che viene svolgendosi: l'uno proteiforme, duraturo, mantenuto da svariate allucinazioni della cenestesi, l'altro effimero, (onirico) terrificante.

L'ulteriore decorso arieggia un processo "demenziale" anzichè una schietta forma morbosa. I classici fenomeni della catatonia si seguono per lo meno alquanto significativi.

Nel caso XXI.° il decorso della psicopatia si presenta complesso. L'alcool è fin dai primordi reattivo della disorganizzata costituzione nervosa originaria da eredità neurotica e pazzesca.

Già nelle condizioni normali noi osserviamo evidente il germe di quelle metamorfosi del temperamento e del carattere, che si manifestano sotto l'impulso anche breve dell'alcool, accentuazioni di talune fatalità istintive, accanto a polideliri di persecuzione, che determinano il primo ricovero al manicomio. Quindi l'ulteriore decorso pur attraverso a notevoli fasi di tregua, non è quello di una malattia, ma di un processo degenerativo, che evolve.

Man mano che gli accidenti alcoolici si ripetono, guadagnano terreno, sì che le loro manifestazioni episodiche finiscono anche per vincere la fenomenologia abituale: quindi l'esplosione di un accesso di delirium tremens modificato nei suoi elementi semeiologici per l'intrecciarsi di elementi improntati all'influenza vesanica.

Poi sottratta definitivamente all'azione dell'alcool, la sindrome tossica impallidisce, si sfronda in fenomeni isolati, che finiscono per spegnersi nella corsa del processo di degenerazione verso la sua china fatale.

Nel XXII.° caso la sindrome psicopatica è instabile, atipica, irregolare, con prevalenza di impulsività, alterazione del senso morale, facile propensione al delirio.

Gli è che nell'ammalato la condizione di massima instabilità psichica è di natura complicata, perchè sintesi di stati morbosi diversi, attraverso i quali è costretto a tracciarsi una via.

La tendenza al bere non è soltanto ereditaria, ma ancora connessa a quella deficenza del senso morale, che risulta dai fatti segnalati nel quadro clinico. E lo stimolo alcoolico, preciso e costante sensibilizzatore delle complesse anomalie latenti, accanto al delirio

melanconico, di cui è traccia già negli ascendenti, risveglia il delirio persecutorio grandeggiante, l'ossessione e l'impulso.

Ma l'esplicarsi isolato delle varie sindromi, non sarebbe possibile senza il fondamento della originaria disarmonia funzionale.

Caso XXIII.

L. Giuseppe (C. 5250).

É un demente precoce, in cui la forma psicopatica fondamentale annunciatasi con un accesso di delirio allucinatorio da alcoolismo acuto, mantiene in seguito un rapporto costante nelle ulteriori estrinsecazioni coi nuovi abusi alcoolici.

Povero di spirito, analfabeta il *La*. . . . . non soffrì mai malattie di qualche importanza, nè ebbe vizii o cattive abitudini di sorta. Ebbe qualche patema d'animo per una passione amorosa; si fece taciturno, solitario, preoccupato e si eccitò a tal segno da bere smoderatamente. Presto cadde in preda a gravissima agitazione psico-motoria e ad intenso delirio penoso, essenzialmente professionale svolgentesi sul fondo di una lucidità ipnoide, qua e là interrotto, specie durante la convalescenza, da manifestazioni catatoniche. Ne seguirono profonde alterazioni del contegno, della volontà, instabili idee di persecuzione fisica, gravi disprassie.

Ma si è nei successivi ricoveri, alla distanza di pochi mesi, che in coincidenza immediata con abusi alcoolici, di cui appena possiamo scoprire qualche sintoma fisico, appare in tutta la sua pienezza la sindrome catatonica (mutacismo, negativismo, smorfie, insalata di parole, disprassie mimiche ecc.).

Quindi la forma evolve autonoma, solo distinguendosi pel carattere di intermittenza.

Caso XXIV.

B. Apollonio. (C. 5049).

È un maniaco depresso, in cui le fasi di depressione affettiva non si sono svolte per altro sotto la nostra diretta osservazione, e sempre assai tenui e fugaci.

Dal 1883 viene accolto nell' istituto a periodi irregolari, e progressi-

vamente sempre più brevi, per stati di eccitamento psico-motorio, costantemente complicantisi di sintomi acuti o subacuti da intossicazione alcoolica.

Accanto a classiche manifestazioni di eccitamento maniacale con ideorrea, umore elevato, baldanzoso ed impulso ad agire, si svolgono pure brevi episodi di tipico stupore maniaco, e saltuariamente idee grandeggianti e spicciolati sintomi subcatatonici (giuochi di parole, turpiloquio, spunti manieristici, impulsività, pantoclastia).

Nei periodi interaccessuali il *B*. . . ha contegno di persona normale, appena serbando certo esaltamento della cenestesi.

È modico bevitore; non ha altri vizii o cattive abitudini di sorta.

L'abuso degli alcoolici appare in lui preludio e causa degli accessi di squilibrio psichico, è già fenomeno strettamente psicopatico, ed alla sindrome maniacale, se dapprima non aggiunge che i comuni segni dell'ebbrezza, nelle intermittenti crisi successive, ridesta taluni fenomeni, che sembrano preannuncino un delirio tossico, prime fra tutte le allucinazioni penose, e quell'umorismo inopportuno che alla psicosi tossica è peculiare.

* * *

D). **Forme di degenerazione acquisita per intossicazione alcoolica.**

Caso XXV.

7. Giovanni (C. 5068).

Padre alcoolista; uno zio alienato.

Ha sempre vissuto miseramente nutrendosi poco e bevendo assai. Mutò più volte mestiere: da qualche mese vendeva giornali: carico di debiti incominciò a farsi alquanto preoccupato, temendo del proprio avvenire e " per dimenticare " si abbandonò all' ubbriachezza. Ond' è che sul fondamento di uno stato depressivo sempre più grave, scoppiò alfine un accesso allucinatorio delirante. L' ammalato si vide perduto: nella miseria assoluta sospettò che lo si volesse vendicare, finchè si vide i creditori alle spalle e comprese che avevan deliberato di ucciderlo. Da ogni parte gli si gridavano parole di minaccia, e l'ordine di arresto era già stato comunicato anche ai giornali. A scongiurare il pericolo fuggì dal paese e andò errando parecchi giorni per la campagna. Sicchè quando fu accolto in manicomio, i fenomeni acuti dell' accesso e segnatamente i disordini sensoriali erano entrati in una fase di remissione.

L' infermo in stato di stupore, percepiva in modo frammentario, non aveva esatta nozione del luogo e del tempo, presentava qualche isolata allucinazione acustica a contenuto persecutorio, che subiva passivamente senz'alcuna protesta.

La sindrome sino a poco tempo fa si conservò pressochè invariata, non offrendo che oscillazioni di intensità assai lievi. Le antiche idee di persecuzione ora si sono riacutizzate complicandosi di nuovi elementi affatto instabili ed intrecciandosi a un delirio nuovo, grandeggiante, fastoso. Chiare allucinazioni di più sensi concorrono ad alimentarle. " Gli dicono che è l'omicida di Varano e di Arcisate . . . . che gli hanno distrutta la casa . . che si teme seriamente ch' egli guidi una masnada di ladri e di malfattori. . . . Ma egli è innocente, è generale nel mondo. . . . gli si rendono molti onori perchè ha scoperto le tracce di tutti i delitti sin qui commessi in Italia, ed all'estero. . . . Qui si trovan tutte le autorità italiane e straniere al preciso scopo di assumere notizie direttamente da lui intorno ai più grandi eventi, ed alle migliori scoperte del secolo scorso ecc. "

Rivela assoluta deficenza di critica, stati emotivi superficialissimi, incapacità a correggere le più assurde contraddizioni.

È stereotipata, monotona la dichiarazione ch'ei ci ripetecome un ritornello alla visita non appena lo si avvicini e gli si rivolga lo sguardo: L'innocente *T. . . . . Giovanni*, generale sincero del mondo, " con coscienza netta, è innocente come un bambino che è nato adesso, sincero oro al mondo, ". E le stesse frasi grida con immutata, stereotipa movenza, ogni qualvolta nei discorsi degli ammalati senta allusioni ai delitti, di cui lo si va imputando. Non han per altro nessuna vibrazione collerica tutte le proteste di innocenza ch' ei ci viene facendo contro le continue accuse di omicidii e di furto. E l' infermo sarebbe pronto a ritornar subito a Varese ove lo attenderebbe la direzione generale di tutti gli insegnanti, avvocati, medici ecc., o la bottega di pizzicagnolo e l'edicola dei giornali.

Qui la sindrome psicopatica più che a labe originaria, appare connessa a condizioni morbose, acquisite.

Fenomeni di natura depressiva preannunciano il delirio alcoolico tipico, ben definito. La defervescenza ha poi luogo realmente per lisi, interrotta da propaggini deliranti, sul fondamento di uno stato di intoppo psichico, con labilità delle funzioni percettive e lieve obnubilamento, finchè le primitive idee persecutorie si riacutizzano e si intrecciano a un delirio fastoso, che insorge acutamente, e presto si stereotipa, significante stigmata del decadimento mentale.

Ed è su questo terreno di involuzione, che di fronte alla modestia

dei sintomi fisici, scoppiano ora gli episodî allucinatori deliranti, quasi risvegliati da nuovi, sopraggiunti stimoli alcoolici. —

Consideriamo ora il caso XVI.

Anche qui negli stati di ebbrezza e di delirio la nota fastosa è la dominante. Ma l'evoluzione dei fenomeni tradisce la loro origine, illuminandoci sulla natura della predisposizione gentilizia, che altrimenti ci sarebbe sconosciuta. Giacchè in questo caso l'alcool assurge al preciso significato di reattivo di anomalie costituzionali, sì che gli episodii allucinatori - deliranti rappresentano gli equivalenti psico - tossici individuali.

Non i prodromi di uno stato sentimentale triste, o turbe psichiche di natura penosa preludiano al delirio alcoolico, ma il repentino risveglio di idee persecutorie, l' iperestesia emotiva, la impulsività.

Quindi uno stato di inquietudine che arieggia l' ebbrezza coll' acuirsi degli atteggiamenti persecutorî, e spunti megalomaniaci, e infine, a seguito di nuovi eccessi, il delirio che si svolge tumultuario con quelle idee grandeggianti, che seco travolgono tutti gli altri fenomeni addebitabili al fattore tossico.

In ambedue i casi dunque l'un delirio si innesta sull'altro, onde il nucleo grandioso - persecutorio si svolge compatto. Ma nel primo è episodio di un processo involutivo; nel secondo è elemento di difettosa organizzazione psichica originaria; quello ha fondamentalmente la stessa fonte di origine, da cui derivano gli stati analoghi che osserviamo nella demenza senile, nella paralisi generale progressiva, nella parabola discendente del processo paranoico; questo ricorda i delirî di grandezza che infiorano gli stati di eccitamento puro o di ebefrenia.

Entrambi hanno peculiare cachet degenerativo; nell' un caso si tratta di degenerazione originaria, nell'altro di degenerazione acquisita. Sicchè da una parte le allucinazioni che mantengono il delirio sono direttamente risvegliate dallo stimolo tossico in atto, dall'altro si svolgono dal terreno di involuzione, quasi epilogo delle contingenze morbose che l' hanno progressivamente generato.

Caso XXVI.

I. Achille (C. 4484).

Immune da labe ereditaria, ab origine ben equilibrato e di costituzione sana e robusta, attraverso ad una serie ininterrotta di eccessi va incontro a completa involuzione organo - psichica.

Già verso i 45 anni accanto a fenomeni somatici diffusi di alcoolismo cronico, presenta chiare note di demenza.

L'addensarsi di abusi alcoolici finisce per creare uno stato di degenerazione, da cui germogliano accessuali sindromi confusionali deliranti.

Allucinazioni penose, turbe cenestesiche vivacissime, delirio di rovina e di persecuzione fisica, s' intrecciano tumultuariamente, appena interrotti da fuggevoli periodi di tregua.

Dominanti nell' incalzare dei fenomeni morbosi le tendenze autochiriche e suicide, le quali ora appaiono direttamente connesse ai disordini sensoriali, ora invece assumono il carattere di una vera impulsione irresistibile.

Tremori, cefalee, vertigini, disturbi gastro - enterici assumono un decorso cronico.

L' infermo soccombe a infezione tifoide, nei primi giorni del periodo di stato.

∴

Tutti i casi studiati si debbono considerare come prodotti clinici derivanti dall' associazione morbosa di due fattori, l' eredità e l' alcoolismo.

Dalle forme di ebbrezza patologica, agli stati deliranti, ai processi di maturazione vesanica, si viene svolgendo una duplice serie di fenomeni, gli uni direttamente tossici, gli altri sintomatici della predisposizione originaria.

Riassumiamo i tratti essenziali:

Casi I.° e II.°. Originario squilibrio psichico. Tendenza dipsoma-

niaca. — Sul fondamento dei comuni fenomeni dell'ebbrezza, intermittente esplosione di accessi deliranti - impulsivi.

Caso III.°. Ereditarietà similare della tendenza all'alcool. Abusi abituali sulla base di un'instabilità volitiva costituzionale. — Forme di ebbrezza fisiologica — Trauma al capo e conseguenti stati di ebbrezza patologica impulsiva — Risveglio di elementi degenerativi.

Caso IV.°. Ereditarietà alcoolica, neuropatica e tubercolare. — Psiche originariamente manchevole. — Le anomalie istintive si estrinsecano tumultuarie dietro lo stimolo importato dall'alcool, avvivate da getti di delirio allucinatorio.

Caso V.°. Negli ascendenti bevitori, impulsivi, neuropatici e tisici. Il coefficiente individuale di reazione all'alcool, essenzialmente si traduce in stati di depressione affettiva, preludio ad impulsività incoerenti.

Caso VI.°. Eredità alcoolica e psicopatica. — La tendenza all'alcool è episodica manifestazione istintiva delle anomalie fondamentali.

L'ebbrezza matura la disposizione originaria, e trae seco l'amnesia assoluta con raptus.

Caso VII.°. Ereditarietà alcoolica, neuropatica e pazzesca. Fenomeni comiziali e delirio melanconico evolvono attraverso a stati di ebbrezza patologica, prima ancora che si annunci il delirio tossico.

Casi VIII.° e IX.°. Anomali istintivi, candidati agli accidenti acuti dell'ebbrezza, i quali con diversa modalità ridestano e vengono integrando le tendenze criminose native.

Dunque:

I nostri ammalati sono tutti ereditariamente predisposti; in seguito allo stimolo importato dall'alcool, rotto l'equilibrio regolatore, mettono in evidenza impulsi, ossessioni, originarî difetti della psiche, delirï patognonomici del loro stato.

Al di là dei fenomeni riferibili all'ambiente tossico individuale, che progressivamente si va integrando, altri ne insorgono connessi a fatalità costituzionale.

Ci sfugge la vera natura dell'elemento patogenetico di cui noi non conosciamo un lato, che pur deve aver qui grande importanza, come diremo più innanzi.

.˙.

Caso X.°. Eredità similare; precoce tendenza al bere. Tifo, trauma al capo, e intolleranza all'alcool. — Delirio classico, che insorge acutamente, e non è seguito che dal prevalere qua e là di isolate idee fisse postoniriche.

Sul terreno di nuovi abusi un trauma psichico è favilla all'insorgere di un secondo attacco, in cui i disordini sensoriali sono scarsi, e il delirio tende a sistemarsi. La defervescenza è interrotta da accessuali episodî allucinatorî - deliranti, quasi strascico dell'accesso tipico.

Caso XI.° Eredità tubercolare, neurotica e fors'anche psicopatica — Precoce tendenza all'alcool — Patemi d'animo — Il delirio si annuncia con prodromi classici (alterazioni del carattere in senso depressivo, insonnia, incubi, i quali si frammischiano poi a sogni penosi e mistici) — L'acutizzazione dei sentimenti religiosi evolve quindi autonoma, poi nel periodo di stato si fonde al delirio terrifico. Il duplice ordine di fenomeni variamente intrecciati si manifesta qua e là durante la convalescenza.

Caso XII.° Ereditarietà similare — I prodromi del delirio alcoolico sono costituiti dall'accentuazione delle anomalie originarie del carattere, le quali metton capo a delirio di gelosia, che le turbe sensoriali in seguito avvivano. Solo più tardi si appalesano disordini sensoriali di natura penosa, meglio riferibili all'intossicazione alcoolica, ma già intrecciantisi a delirio mistico - grandeggiante. Il quadro si completa dopo una fase di tregua, finchè svanita la sintomatologia classica da intossicazione alcoolica, permane netta e tenace la condizione di gelosia persecutoria.

Caso XIII.° Ereditarietà psicopatica; precoce tendenza all'alcool. Il delirio melanconico degenerativo, di cui vi è già traccia nel carattere abituale dell'infermo, matura attraverso gli stati di ebbrezza, si plasma sulle turbe sensoriali sopraggiunte, e si complica dell'im-

pulsione suicida, la quale se a delirio tossico conclamato, può anche ritenersi legata alle allucinazioni penose, svaniti i fenomeni tossici, acuti, assurge al significatc di episodio schiettamente degenerativo, e procede come tale autonoma. — Considerazioni analoghe possiamo ripetere pei casi XIV e XV.

I Casi XVII e XIX segnano il passaggio a quelli della 3.ª categoria, in quanto che per essi l'alcool è reattivo innanzi tutto della predisposizione latente, le cui estrinsecazioni naufragano nel delirio tossico, per poi risorgere e riprender il sopravvento, quando gli accidenti acuti si vanno dileguando.

Nel caso XVI l'alcool risveglia permalosità inerenti a fatalità costituzionali, impulsioni, latenze deliranti, le quali danno speciale impronta e colorito agli stati di ebbrezza. Il delirio alcoolico scoppia poi in seguito precocemente, e contraddistinto da una ridda di idee grandiose in assoluta armonia con una fioritura di allucinazioni mobilissime, le quali seguon nel loro decorso la sorte degli altri fenomeni tossici acuti.

Sicchè:

Le forme di delirio da noi studiate non si svolgono secondo lo schema classico, e ben definito dell'accesso delirante allucinatorio da intossicazione alcoolica, quale avvien di osservare in individui immuni da labe ereditaria; sono delirî anormali, per epoca di comparsa e durata, per particolare movenza e colorito. Insorgono precoci e talora acutamente; o quanto mai i prodromi non si rivelano soltanto con modificazioni del carattere in senso depressivo, e con turbe sensorie strettamente connesse alla intossicazione, ma anche con impulsi, condotta sregolata, idee deliranti polimorfe, direttamente solidali con accidenti tossici, o affatto eterogenee ed autonome.

Quindi accanto a disordini intellettuali tipici, di natura penosa, le apprensioni deliranti a tinta melanconica, idee persecutorie, false interpretazioni di turbe cenestesiche, degli incubi, della insonnia ecc. od invece, il delirio espansivo mistico, erotico, fastoso.

La durata del periodo predelirante appare in dipendenza e dalla invalidità originaria, e dal numero degli eccessi; in ogni caso é notevole il fatto che la coscienza si turba non appena sia rotto l'equilibrio psichico, già assai prima che scoppi il delirio tossico. Il quale,

viene poi manifestandosi in tutta la sua pienezza, frammisto con vece assidua agli originari elementi eterogenei che lo hanno preceduto.

E nella fase di remissione, il lungo decorso, le recidive parziali, il ripresentarsi di quegli stessi incidenti morbosi, che avevano preannunciato l'accesso.

∴

Negli ammalati della 3.ª categoria l'alcool è un anello nella catena di cause molteplici, il cui ultimo effetto è la "vesania„. In tutti i casi l'alcoolismo conserva la sua autonomia, quale entità nosologica distinta, ma con diversa vicenda a seconda della gravità della predisposizione gentilizia: ora domina la scena morbosa, ora entra in lotta colle manifestazioni "degenerative„ o nell'evoluzione psicopatica fondamentale si sperde.

Donde il succedersi di quadri clinici svariati nei singoli casi, e nello stesso caso, in epoche diverse.

Quando l'azione dell'alcool si manifesta, esplode tutta una sintomatologia assai complessa riferentesi al disordine della condotta, all'esacerbarsi delle note abituali della psiche, all'insorgere di una folla di idee deliranti d'ogni natura, coi caratteri del delirio dei degenerati.

O i fenomeni morbosi sono sufficienti a provocare il ricovero, e la pazzia scoppia, lasciando ben lungi dietro di sè le manifestazioni dell'alcoolismo; o vi si aggiungono poi i fenomeni tossici.

In manicomio l'alcool viene a mancare; il delirio procede per suo conto, s'ingigantisce, si trasforma, segue la sua parabola fatale.

∴

Nei due ultimi casi, sul terreno di una degenerazione acquisita rivelata da sintomi di indubbio valore diagnostico, noi vediamo riassumersi in breve giro di tempo gran parte di quelle estrinsecazioni morbose, che abbiamo visto evolversi sul fondamento dell'invalidità nervosa ereditaria.

Assistiamo qui ad un processo di maturazione psicopatica analogo a quello che possiamo osservare in ammalati di epilessia, in cui una causa sopraggiunta, un trauma al capo ad esempio, sconvolge ed accelera tutto il ciclo evolutivo delle complesse manifestazioni morbose, sino alla pazzia più conclamata.

.·.

Consideriamo ora sinteticamente tutti gli ammalati presi in esame.

Noi ci eravamo innanzi tutto proposto di studiare il processo psicologico della tendenza al bere. L' indagine implicava naturalmente la conoscenza più esatta e completa di tutti gli elementi generatori del terreno anomalo originario. E là dove l' anamnesi direttamente raccolta non ci fece difetto, abbiamo potuto rilevare come causa prima, l' originario disquilibrio psichico con instabilità volitiva fondamentale, la tendenza dipsomaniaca, l' anomala costituzione istintiva, lo stato psichico originariamente manchevoie, l' ereditarietà similare, o per trasformazione, l' azione di elementi morbigeni secondarî.

Dell' intolleranza abbiamo trovato quali elementi generatori, e la predisposizione neuropatica ereditaria, e le abitudini protratte e i processi di degenerazione acquisita.

Fenomeni ereditarî da una parte e tossici dall' altra, reciprocamente influenzantisi concorrono a costituire le diverse fisionomie cliniche:

La più semplice forma di intossicazione alcoolica, l' ebbrezza, ci appare già in varia guisa influenzata dall' elemento ereditario (casi della prima categoria).

Il delirio alcoolico appare modificato nei suoi elementi semeiologici, per la mise en scène di elementi improntati all' influenza vesanica (casi della seconda categoria).

Dalle forme in cui tutta la sintomatologia clinica è predominio di fenomeni tossici, a quelle in cui è progressiva evoluzione di anomalie costituzionali (Casi della terza categoria) il passaggio avviene gradualmente attraverso a sfumature cliniche insensibili (V. gli ultimi casi di ciascuna categ.ª).

Sul terreno di un processo di degenerazione acquisita da alcool possiamo vedere condensarsi in breve tempo, e in un solo infermo, gli stessi accidenti morbosi, che osserviamo svolgersi nei degenerati ereditarî (casi della quarta categoria).

Noi continueremo le nostre indagini sull'argomento, sempre studiandoci di integrare le diverse manifestazioni psicopatiche colle singole espressioni psicologiche, allo scopo di poter poi, sulla base di una larga serie di osservazioni protratte, definire tipi clinici distinti.

A riuscire nell'intento un altro fattore ci sarebbe necessario mettere in luce: la vera natura dello stimolo alcoolico, la qualità cioè dell'alcool, che deve avere notevole importanza, perchè incostante ci si presenta il rapporto fra entità della predisposizione gentilizia, e modalità di estrinsecazioni psicopatiche.

Como, marzo 1910.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra

UN CASO DI DEGENERAZIONE CON PERVERTIMENTI SESSUALI

PEL

Dottor Rodrigo Fronda

Medico Primario

Per non aver l'aria di risalire a padre Adamo, come diceva un tedesco, ricordato dal compianto Prof. Penta, accennando agli scrittori italiani, che avrebbero il difetto di cominciare i loro lavori col narrare la storia degli studî fatti, dico subito che le psicopatie sessuali hanno solo da poco tempo occupato le menti degli studiosi, sopratutto neuropatologi ed alienisti, i quali han tenuto presente la importante funzione della riproduzione per la recisa e spiccata influenza che essa esercita sulla psiche dell'uomo e sul gran processo evolutivo della civiltà.

Senza dubbio le aberrazioni sessuali sono un fenomeno morboso, e costituiscono una delle manifestazioni degli stati psicopatici originarî, della degenerazione, nella quale, come dice il Kraepelin, è caratteristica una continua, morbosa elaborazione degli stimoli abituali della vita, insieme ad altri difetti del pensiero, del sentimento e della volontà.

Il caso, che io pubblico, conferma anche una volta questo concetto, così acconciamente espresso dal grande alienista di Monaco, e merita pure nei suoi dettagli qualche considerazione.

Si tratta di un uomo di anni 40, figlio di padre eccentrico e beone e di madre alquanto deficiente mentalmente e troppo dedita alle pratiche religiose. Suo nonno fu demente senile, uno zio prodigo, un fratello semplice di spirito, un cugino nevrastenico con tendenze suicide.

Egli, impiegato dello Stato con discreta posizione finanziaria, è stato ed è tuttora sempre di carattere poco socievole, preferendo la vita solitaria, di indole spendereccia, alquanto disordinato, soggetto a stati di depressione psichica e di eccitamento, talvolta impulsivo. Ricorda che dalla piccolissima età provava una sensazione molto piacevole, quantunque indefinibile, nel poggiare i piedi su cuscini di velluto, come possono farne fede alcune sue fotografie di quell'epoca; a 14 anni, essendo in collegio, ebbe la prima erezione guardando i piedi di una giovane donna ben calzati con eleganti stivalini ad alto tacco, e cominciò a masturbarsi pensando a quegli stivalini, e con più facilità e maggior eccitamento, quando quegli stivalini immaginava poggiati su di un cuscino di velluto. E mentre per lo innanzi aveva avuto un senso di avversione e di paura per la donna, cominciava ora a sognare una moglie, che fosse calzata con stivalini come quelli ed adagiata su di un trono tutto di velluto.

Da allora tale immagine gli servì sempre come stimolo potente per l'erezione e la consecutiva masturbazione; sicchè appare chiaro che nel nostro soggetto la contemplazione degli stivalini precedette la pratica masturbatoria.

Negli studî egli mostrava una certa intelligenza, fino al punto da conseguire la discreta posizione sociale che ora occupa, benchè non brilli molto a causa della instabilità del suo carattere, dell' abulia e delle sue tendenze spenderecce, che lo obbligano a contrarre qualche debito, e che lo menomano alquanto nella stima dei compagni e dei superiori.

Uscito di collegio, volle provarsi con la donna, ma non solo non smise le sue pratiche onaniste, quanto pretendeva che le donne si piegassero ai suoi desiderî strani ed alle sue tendenze feticiste, ciò che non sempre gli veniva fatto. Nel coito però riusciva perfettamente, sempre pensando ai suoi feticci preferiti.

Fidanzato ad una signorina sua coetanea, si mostrava con lei appassionatissimo, gentile, offrendole spesso dei doni, nei quali dava la preferenza ad oggetti di velluto, su cui la pregava di poggiare i piedi, ed alle meraviglie dell'altra si scusava col dire che gli piacevano molto gli oggetti eleganti e la buona toilette.

In tal'epoca si masturbava anche più frequentemente, pensando che i bei stivalini fossero calzati dalla sposa, che egli immaginava nuda innanzi a sè, sepolta quasi fra cuscini di velluto e circondata di molti specchi, collocati in modo che se ne potesse riprodurre più e più volte la figura. Rare volte esercitava il coito con donne del mestiere, con la solita prammatica.

Sposò alfine la donna del suo cuore, e si recò pel viaggio di nozze alla capitale, dove, giunto appena alla camera da letto dell'albergo, pregò la moglie di calzare i più bei scarpini che avesse, la fece sedere ad una poltrona, le mise sotto i piedi un cuscino di velluto che portava con sè,

e, rosso in volto, con la lingua fra i denti, seduto per terra su di un tappeto, si masturbò alla presenza di lei, e solo quando la vide dolente ed inorridita per tali oscenità, andò con lei a letto e le si accoppiò ripetutamente durante la notte.

Tali scene si riprodussero di frequente per diversi anni della vita matrimoniale, alternandosi masturbazioni con accoppiamenti regolari, questi per lo più a letto, quelli in salotto elegantemente mobiliato, nel quale egli, seminudo, con stivalini appositamente costruiti e seduto su tappeti, obbligava la moglie, al solito, a seder nuda su cuscini di velluto, con calze di seta e scarpine di valore, attorniata da specchi. I bnoni modi, i discorsi persuasivi della moglie, la enumerazione dei possibili danni sulla salute di lui, la presenza in casa di due figlioletti, non valevano a modificarne le strane tendenze, chè anzi egli andava rendendosi impulsivo a qualche diniego della moglie.

Dopo 8 anni di matrimonio, per riparare a debiti contratti per spese inconsiderate, fu costretto allontanarsi dall' Italia e recarsi in uaa nazione straniera a scopo di maggiori guadagni. Dove andò, dovette per speciali circostanze rimanere tre anni e vivere in boschi selvaggi, nè usò mai con donne, perchè, dice, queste non portavano scarpe; e per potersi meglio masturbare, si eccitava alla vista di alti tacchi, che si costruì in avorio, e di scarpe disegnate da lui stesso sulla carta.

Rimpatriò rifatto piuttosto nella finanza, ma profondamente esaurito nel sistema nervoso, sia pel clima troppo caldo colà che per febbri esotiche sofferte; era depresso, eccitabilissimo e poco o nulla adatto alla copula. Ripigliatosi in salute con cure efficaci, sopratutto climatiche, ricominciò la solita vita, spendendo pazzamente in alloggi e mobili di lusso, pretendendo dalla moglie gli antichi sacrifizî ed aggiungendo alle abituali predilezioni quella di camminare e far camminare lei per certe vie della città piuttosto che per altre, farla a lungo fermare innanzi alle vetrine dei negozî di velluti, di pelliccerie e di scarpe, per ammirarne la bellezza; e finalmente obbligarla spesso a calpestar lo sterco di cavallo.

Come potesse svolgersi così la vita coniugale non è a dire. Alla fine la moglie, vistasi a mal partito per le scene violente che seguivano ai suoi rifiuti, e visto il pericolo derivante all'educazione dei figliuoli, nel caso che fosse loro penetrata qualcosa dei pervertimenti paterni, se ne è regolarmente separata, anche perchè il marito spesso esprimeva il desiderio di causticarle la vagina con una lampadina elettrica a forte incandescenza, che gli permettesse nel contempo un esame endoscopico.

Somaticamente si notano in lui un leggier grado di ipsicefalia e forte sporgenza degli zigomi; i genitali sono molto bene sviluppati, le mani e i piedi piuttosto piccoli e feminei.

Il nostro soggetto è chiaramente uno psicopatico originario, che si rivela innanzi tutto con la disarmonia della personalità psichica, coll'impulsività, con la vita disordinata, pur conservando integra l'intelligenza, e con le notevoli aberrazioni sessuali di cui ci stiamo occupando; nè vale in proposito dirne di più per lo scopo del presente lavoro.

Accoppia in sè varie forme di pervertimento sessuale: quella di trovare il piacere in sè stesso, senza bisogno di altra persona omo od eterosessuale, ed è onanista. Aspira anche al soddisfacimento con l'altro sesso, mercè però la contemplazione di un feticcio, ed è feticista. Il suo feticcio è il più comune, quello delle scarpe, che va detto Retifismo, traendo il suo nome dal Rétif, il quale tremava perfino alla vista di scarpe da donna ed arrossiva come se si trovasse di fronte alla ragazza stessa: faceva raccolta proprio di pantofole, di scarpe della sua amante, le baciava e si masturbava dentro di esse. Specialmente gli piacevano e lo eccitavano gli alti tacchi delle scarpe feminili.

È anche masochista, se si pensa che il contatto di velluto e stoffe morbide è uno stimolante sessuale, e, come riferisce il Bloch, dal quale largamente attingo per la bisogna, il Ryan ne paragona l'effetto a quello della flagellazione, e Leopold von Sacher Masoch paragona una donna impellicciata ad una batteria elettrica carica, come un grosso gatto. Sacher Masoch, dice sempre il Bloch, in una lettera alla moglie descrive la voluttà di tuffar la faccia nella sua pelliccia anche per aspirarne l'odore; così deve spiegarsi la tendenza nel nostro individuo, il quale per legge di contrasto aspira l'odore fino delle pellicce e dei velluti e quello non certo gradevole dello sterco dei cavalli, a meno che questo sterco non appaia alla sua fantasia come qualcosa di nobile, perchè proveniente da un animale di lusso e provvisto di bel pelo lucido, che può ricordare in qualche modo il velluto o la pelliccia.

E finalmente, restando sempre nella categoria dei pervertiti etero - sessuali, egli appare anche un sadista, quando esprime il desiderio crudele di voler causticare la vagina della moglie.

Cosicchè il nostro soggetto può dirsi un degenerato feticista, sadista e masochista.

Predisposto per ragione di grave eredità morbosa, mostrò tendenza ai pervertimenti sessuali fin dalla piccola età, quando la fun-

zione riproduttiva non è ancora ben definita, tendenza che meglio si delineò alla prima causa occasionale verso l'età pubere, e questa causa occasionale fu senza dubbio la prima bella donna che egli mirò, sulla quale fissò innanzi tutto le belle scarpe dagli alti tacchi, che han lasciato sempre in lui l'impressione profonda di voluttà e di stimolo all'eccitamento sessuale. L'essere egli un predisposto, come tutti i pervertiti sessuali, dà ragione a coloro che a tali pervertimenti dànno un significato reversivo.

Mi piace ancora notare come nel nostro soggetto l'avanzarsi degli anni ed il grave accesso nevrastenico sofferto, diminuendone le forze virili, avessero in lui aumentato il bisogno degli stimoli. Difatti lo sterco equino è venuto in campo in secondo tempo, come gli specchi moltiplicatori dell'immagine nuda della moglie; il calzar lui stesso stivalini da donna per masturbarsi; le tendenze sadistiche sopradette.

In lui quindi vediamo un degenerato ereditario, e poi seguiamo chiaramente l'origine del pervertimento sessuale, il suo lento e progressivo sviluppo, il mescolarsi di questo con altri pervertimenti sessuali della stessa natura e l'accentuarsi di essi con gli anni e con le cause esaurienti del sistema nervoso. Il che prova che lo stimolo abnorme in un individuo predisposto può deviare la normalità di una funzione, e che le cause esaurienti, dissociandone la psiche, possono accentuare tali anomalie e mettere maggiormente in mostra gl'istinti bassi animali, sottraendoli all'inibizione dei centri superiori.

Quest'ultima considerazione ravvicina in qualche modo il mio caso a quello riportato dal Krafft - Ebing, di un uomo a 29 anni, ereditario, che, feticista delle scarpe in età molto precoce per voluttà sessuale prodottagli dalle scarpe di donna; in seguito, per influenza di una grave nevrastenia, manifestò tendenze omo - sessuali, e l'antico feticismo si aggravò, trasportandosi anche alle scarpe degli uomini.

Nocera Inferiore, maggio 1910.

BIBLIOGRAFIA

1.° *Krafft - Ebing* — Psychopathia sexualis, ecc. — Stuttgart, 1887.
2.° *Venturi* — Le degenerazioni psico - sessuali — Torino, 1892.
3.° *Penta* — Archivio delle psicopatie sessuali — Roma, 1896.
4.° *Kraepelin* — Trattato di psichiatria, tradotto dal Dott. Guidi — Editore Vallardi.
5.° *Bonfigli* — I pervertimenti sessuali — Roma, 1897.
6.° *Tambroni* — Origine strana di un pervertimento sessuale — Ferrara, 1899.
7.° *Bloch* — La vita sessuale dei nostri tempi, ecc. — Traduzione del Carrara — Torino, 1910.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
· diretto dal Prof. Domenico Ventra

PARALISI PROGRESSIVA E SIFILIDE

RIVISTA SINTETICA

DEL

Dott. M. Levi Bianchini

In un rap porto molto accurato, presentato al Congresso annuale del Deutsches Verein für Psychiatrie nell'aprile dell'anno decorso in Colonia i dottori Plaut e Fischer hanno portato un notevole contributo critico e di sintesi all' antico problema dei legami patogenetici fra paralisi generale e lue.

È curioso osservare come il primo, trattando il quesito da un punto di vista clinico, concluda per la natura strettamente sifilitica della paralisi progressiva: il secondo invece dichiari che, dal punto di vista anatomico istologico, le lesioni paralitiche non si possano interpretare come lesioni luetiche. È questo del resto il pernio annoso della quistione che si dibatte da mezzo secolo e che non possono ancora risolvere nemmeno le ultime geniali armi diagnostiche conquistate dalla Psichiatria.

I punti fondamentali del problema (Plaut-Fischer — *Die Lues-Paralyse Frage Allg. Zeitschr. f. Psych. 66 Bd. 1909.*) sono i seguenti.

1.° Parte Clinica

I. **Nella paralisi progressiva deve essere esistita prima la sifilide?** Sì. Su 183 casi esaminati con la reazione di Wassermann, uno solo fu negativo: 182 positivi. L' A. dichiara: senza lue, non paralisi progressiva.

II. **Esiste ancora in atto la sifilide, mentre si svolge la paralisi progressiva?**

L' A. studia in questo quesito 3 punti:

a) la sifilide sperimentale delle scimie

b) la dimostrazione dello spirochete

c) la sierodiagnosi.

a) Si credette finora che un organismo infettato una volta di sifilide fosse definitivamente immunizzato contro una reinfezione. Le esperienze sulle scimie hanno gettata molta luce su tale quesito. NEISSER ha dimostrato che scimie sifilitiche, curate radicalmente e liberate per lunghi anni da qualsiasi manifestazione, non erano reinfettabili: ciò però non perchè fossero immuni, ma perchè erano *ancora malate*. Infatti, uccise queste e inoculate altre scimie con pezzi di organi delle prime, le seconde ammalarono di sifilide e presentarono abbondantissimi spirocheti. Da ciò NEISSER dedusse che essere immuni da una reinfezione significa essere ancora ammalati della prima. Nell'uomo, 9 paralitici inoculati da sifilide, reagirono negativamente: e ciò farebbe credere per analogia, che essi siano ancora sifilitici. Ma in questi non si trovarono spirocheti.

b) Se ci sono ancora spirocheti nel corpo dei paralitici, questi dovrebbero essere dimostrabili al microscopio. Certo che, pur essendo rarissimi nelle manifestazioni terziarie, essi però sono stati trovati, se pur non sempre, anche in queste. Nel cervello e nella pia dei paralitici non se ne trovarono mai: non sappiamo però se si siano fatte analoghe ricerche — cio che sarebbe desiderabile — anche su altri organi dei paralitici stessi. Tuttavia non si deve, da ciò, negare la sifilide perchè in molti casi prodotti terziarii, totalmente privi di spirocheti, diedero nelle scimie risultati assolutamente positivi. Sarà perciò raccomandabile eseguire ricerche di paragone non con pezzi di cervello, ma possibilmente con pezzi di altri organi.

c) *La reazione di Wassermann* non dà ancora una prova assoluta se esista nel corpo del paralitico il virus sifilitico. Alcuni dicono che questa dimostra solo la antica esistenza di un'infezione: altri affermano (NEISSER) che la reazione positiva dimostra una permanenza dell' infezione e un'esistenza dello spirochete, e forse cio è vero. Certo molti fatti parlano per uno strettissimo rapporto diretto fra attività dell' infezione e reazione. Infatti dato che la reazione del siero si comporti nei paralitici molto diversamente che nei luetici tardivi privi di sintomi (nei primi la reazione è positiva al 100|100 nei secondi solo 40-50 0|0) possiamo ritenere con grande verisimiglianza che i *paralitici sieno tuttora portatori di spirocheti.*

III. **Esistono, già nel momento primo dell' infezione sifilitica le condizioni decisive e sufficienti per lo sviluppo tardivo della paralisi progressiva?**

1) per una speciale varietà del virus (virus nervoso?)

2) per una predisposizione del soggetto, manifestantesi

a) con la pochezza delle manifestazioni sifilitiche

b) con una riconoscibile predisposizione degenerativa?

1. Autori Francesi hanno ammesso la possibilità che le affezioni sifilitiche e specialmente metasifilitiche del sistema nervoso centrale potevano attaccarlo ulteriormente per effetto di una speciale varietà del virus, e quasi specifica per il sistema nervoso stesso. I fatti su cui basarono tale ipotesi erano la tabe e paralisi coniugale e familiare, e la frequenza di fatti tabetici e paralitici in persone infettatesi ad una sola sorgente. Riguardo alla prima, si è giustamente obbiettato che si tratta di fenomeni relativamente ari: ed ancora, ammessa una lue nervosa non si comprenderebbe come ne fossero allora immuni, in una famiglia, i figli e come ammalassero, con così relativa rarità, i coniugi rispettivi.

Più importante è l' osservazione di processi metasifilitici derivanti da un solo focolaio. NONNE riporta il caso di 3 uomini che coirono con una puella: due divennero paralitici, uno tabetico. ERB narra lo stesso fatto, di cinque uomini divenuti parte tabetici parte sifilitici. Altri Autori ritengono che si tratti di una propagazione delli spirocheti negli strati nervosi e nei fasci nervosi: ma non è altro che ipotesi. L'idea di un virus nervoso è azzardata e non trova appoggio nella clinica.

2 a) É fatto invece assodato che in persone, che più tardi ammalarono di affezioni metasifilitiche, la sifilide è decorsa in modo estremamente benigno. FOURNIER ha potuto seguire i casi di 83 paralitici dal primo fenomeno dell' ulcera sino alla perencefalite. Di questi, soltanto 3 ebbero una volta manifestazioni terziarie: 8 soltanto delle benigne manifestazioni secondarie (esantemi) *70* solo transitoriamente o roseola o placche mucose o alopecia: *2* all' infuori dell' ulcera, non ebbero più il menomo fenomeno sifilitico. Viceversa su 243 sifilitici ***gravi nessuno ammalò di paralisi.*** La distinzione è così evidente, che siamo d' accordo con FOURNIER che afferma « *Paralisi generali succedono molto spesso anzi quasi costantemente, a sifilidi benigne* ».

FOURNIER spiega il fenomeno in questo modo: i sifilitici leggieri *trascurano* di curarsi adeguatamente e perciò favoriscono lo sviluppo ulteriore della P. P. e ritiene, ciò che però è dubbio, che una cura antisifilitica *energica* possa evitare lo scoppio tardivo della paralisi generale. Una prova infatti che sta contro all' ipotesi di FOURNIER, è che a malgrado nei paesi tropicali e peritropicali la sifilide sia frequentissima e malissimo curata, pure la P. P. quasi non esiste ed è per lo meno assai rarissima.

Tuttavia, la parte dell' ipotesi di FOURNIER, che parla della gravità dell' infezione in rapporto alla tabe e paralisi, è appoggiata dalle osservazioni fatte nei tropici dove la sifilide è quasi sempre gravissima, le manifestazioni terziarie compariscono spesso giá pochi mesi dopo, sono gravissime le affezioni ossee, eppure tabe e paralisi sono del tutto eccezionali. Si può quindi ammettere che in persone, le quali ammalano di affezioni metasifilitiche, esi-

ste fin da principio una reattività particolare e unilaterale alla sifilide stessa.

Sotto questo punto di vista è opportuno fare qualche rilievo sui rapporti *della sifilide di fronte a tabe e paralisi* nella sifilide tardiva (senile). È noto che in certi casi di sifilide acquisita in vecchi, la tabe e la paralisi scoppiarono dopo un brevissimo periodo di tempo; 4, 3 e persino 2 anni. D'altra parte alcuni sifilografi (SIEGMUND) affermano che la sifilide senile decorre straordinariamente mite: altri però sostengono tutto il contrario. Per mia esperienza, e di altri, è stato osservato dal lato dermatologico, che nei vecchi (l'imfiammazione) l'ingrossamento delle glandule linfatiche o manca del tutto o è minimo. E poichè queste sono le prime a combattere il virus una volta introdotto nell'organismo, possiamo dedurre che un tale comportamento patologico è indizio di una decadenza del potere e dell'intensità di reazione del sistema linfatico di fronte al virus sifilitico. Volendo utilizzare una tale ipotesi potremmo ritenere ancora che la mitezza della sifilide seguita da manifestazioni metasifilitiche gravi dipende primitivamente da un insufficiente meccanismo di protezione contro il virus sifilitico; tanto più che è cosa nota come esista una indubbia affinità fra spirocheti e (gangli) sistema linfatico e che la diffusione di questi si operi quasi esclusivamente per le vie linfatiche stesse.

2 b) Trattiamo ora la quistione della *predisposizione*. Noi crediamo che un rapporto fra eredità o degenerazione e disposizione ad ammalare di P. P. non esista: tanto più quanto si tien conto che quasi in nessuna altra psicosi i dati della influenza ereditaria e della disposizione individuale sono così rari come nella P. P. È più probabile forse che, anzichè in una reattività abnorme di tutto l'organismo contro il principio sifilogeno, esista una speciale reattività del *cervello*. Quanto affermiamo trova appoggio ancora nel fatto che in un gran numero di popolazioni e a malgrado dell'immensa gravità e diffusione della sifilide, la P. P. è rarissima così che forse più che dell'eredità sarebbe degno di studio il problema delle razze. Ci è noto infatti che solo dopo attraversate parecchie generazioni la sifilide si modifica in P. P. così che possiamo affermare che razze, nelle quali la sifilide è ancora una malattia nuova non presentano affatto la predisposizione alla paralisi progressiva e che la sifilide, quando viene introdotta in un paese finora immune, assume un carattere assai grave vario ed epidemico. E poichè esiste certo una diretta relazione fra gravità della sifilide e rarità della P. P., la diversa distribuzione geografica della paralisi progressiva ha probabilmente le stesse cause della diversa morbilità degl'individui alla sifilide nei relativi paesi. Se infatti consideriamo la sifilide come una malattia relativamente recente (17° secolo) vedremo che essa ha impiegato 200 anni per trasformarsi da lue acuta a una infezione cronica e più benigna.

IV. **Insorgono nel decorso della sifilide, delle cause esogene (fattori dannosi) capaci di determinare l'insorgenza della paralisi progressiva?**

Da quanto abbiamo esposto, non è fuor di posto ammettere che il punto cardinale di origine della paralisi progressiva risieda in una causa *esogena* all' organismo. Trattandosi di sifilitici, ed ammesso che durante la P. P. sia ancora in corso la sifilide stessa, è assai verosimile che dei fattori esterni esercitino un' azione sia occasionale che determinativa. Tali cause a nostro avviso sono massimamente *l'alcoolismo*, *i traumi*, *il surménage intellelluale;* mentre *neghiamo* l' importanza che altri hanno dato, agli *abusi sessuali ed alle malattie infettive*.

Gli Aa. che negano l' influenza dei fattori esterni, trovano un appoggio assai valido nella *paralisi giovanile*: nella quale evidentemente i fattori esterni non possono essere invocati. Ma basterà osservare che questa è, proporzionalmente assai rara, che si tratta solo di eredo-sifilitici, ma che anche in questi può entrare in giuoco una serie ancora sconosciuta di fattori *endogeni :* mentre finalmente, anche gli abusi dei genitori possono fino ad un certo punto venire considerati egualmente come fattori esogeni.

Alcoolismo. L' influenza dell'alcoolismo sull'origine della P. P. è stato bene studiato specialmente in Francia dove di fronte ai sifilofili più arrabbiati, che negano qualsiasi influenza all' alcoolismo, stanno degli altri che affermano che appunto gli alcoolisti più inveterati ammalano spesso di P. P. Fra questi hanno gran valore i dati di FOURNIER perchè raccolti non negli spedali, ma nella sua privata clientela. Su 112 paralitici egli ne trova solo 5 alcoolisti, HIRSCHL trovò l' alcoolismo nell' 8 o|o dei casi, OBERSTEINER in paralitici benestanti l' 1,6 o|o. D' altra parte si giunge alle cifre favolose del 43 o|o (OEBEKE) 48 o|o (MAIRET e VIRES) 75 o|o (MACDONALD). Secondo PLAUT l' alcoolismo si trova nel 41 o|o dei *paralitici*.

Traumatismi. Per quanto questo campo di studio sia ancora assai oscuro, non si può tuttavia negare ai traumi una grande importanza sulla origine di varie malattie: tubercolosi, pnemoniti, osteomieliti, nefrolitiasi, siringomielia, sclerosi multiple, paralisi agitans, tumori maligni: tanto che ZJEGLER dà per il carcinoma della mammella 43 o|o dei casi di origine traumatica. La questione è importante per la medicina degl' infortunii oggi assai in voga; dove appunto più di una volta si è riferita ad un traumatismo la prima e sola origine di una P. P.

Il surmenage intellettuale, le emozioni, la dannosa azione della vita moderna agiscono ancora come cause predisponenti con l' abbandono dell' antica vita patriarcale, con la frequenza dei contagi celtici e di malattie infettive, con la rivoluzione e la intensificazione dei bisogni e dei desiderii. Anche qui si tratta di cause molto complesse, che forse arrecano

una diminuzione di poteri organici di resistenza, ma che non sappiamo se *veramente ed essenziatmente* per se sole sieno capaci di dare la demenza paralitica.

L' ESSENZA DELLA PARALISI GENERALE

1. Fino a qual punto le varie ipotesi sul meccanismo d'origine della P. P. su base sifilitica possono mettersi d'accordo con le caratteristiche cliniche di essa, apparentemente così contradittorie?

La ricerca di fattori esogeni è in parte giustificata dal fatto che una serie di momenti morbosi della P. P. non si spiega sufficientemente con la sola azione della sifilide. A prescindere dalla diversità di frequenza della paralisi in confronto della sifilide nei diversi paesi e a prescindere da quelli che, non trovando la sifilide nell' anamnesi patologica intendono per ciò solo, di escluderla, tre fatti specialmente stanno contro l' ipotesi della eziologia unicamente sifilitica della paralisi:

1º Che soltanto un minimo gruppo di sifilitici ammala di tabe o di paralisi.

2º che queste compariscono a tanto grande distanza di tempo dalla infezione primitiva.

3º che la terapia antisifilitica si è dimostrata totalmente inattiva.

Tuttavia bene studiati, vedremo che questi tre momenti possono egualmente venire riferiti alla sifilide stessa e con questa connettersi eziologicamente, secondo le ricerche ed i dati più recenti.

1º Per quanto non si possa esattamente sapere la proporzione di sifilitici che diventano poi paralitici, pure possiamo ammettere con fondamento che esso è dell' 1 - 2 o|o (MATTHES). Se quindi dobbiamo ammettere che in generale, la predisposizione del cervello a sottostare alle alterazioni che determinano la paralisi, è piccola, non possiamo però con questo escluderla del tutto. Basta esaminare la frequenza delle manifestazioni *terziarie* della sifilide per convincersi che anche queste sonò proporzionalmente assai rare: tanto che il MARSCHALKO trovò che solo il 7, 4 o|o dei sifilitici conclamati presenta fenomeni terziarii: cifra che, secondo MARSCHALKO stesso non arrivò nelle statistiche della CHARITÉ a Berlino al 3, 3 o|o. A spiegare tale fenomeno STRUEMPELL e MOEBIUS ammisero che la P. P. veniva determinata non dall' agente specifico della sifilide, ma da tossine post-elaborate: lo stesso ammisero, per le manifestazioni terziarie FINGER e LANDSTEINER: basandosi sia sul carattere istologico dei prodotti, sia sulla mancanza di infeziosità, sia sulla reattività all' iodio delle manifestazioni terziarie, che manca invece nelle genuine sifilitiche. D' altra parte è noto che il materiale terziario contiene ancora spirocheti ed è capace, inoculato in scimie, a deter-

minare i fenomeni primarii e secondarii: viceversa poi il materiale primario o secondario, inoculato, ha dato chiari fenomeni terziarii per cui se ne deduce che la diversità delle manifestazioni sifilitiche non dipende da differenze nello *spirochete*, che rimarrebbe sempre uguale, ma da una diversità soggettiva di reazione del sifilitico nei varii periodi di fronte agli spirocheti, sempre uguali e identici. — Da ciò è sorto il concetto emesso da HUTCHISON e dimostrato sperimentalmente da NEISSER della *degenerazione* (Umstimmung) dei tessuti nel decorso della sifilide: degenerazione che spiegherebbe, fino ad un certo punto, la comparsa e la relativa rarità dei fenomeni terziari e metasifilitici.

3.° Il quesito sul perchè passa tanto tempo dalla sifilide alla metasifilide è ancora discretamente oscuro. Non si comprende perchè, alle volte, decorrano persino 15 anni dalla prima infezione alla tabe e P. P. e la sifilide ricomparisca in forma così variata ed eterogenea. E sarebbe sopratutto interessante appurare se veramente, dopo tanto tempo, ammala il *cervello*, già anteriormente colpito dalla sifilide e non piuttosto lo scoppio della P. P. sia " esponente di processi morbosi che anteriormente ad esso sono andati elaborandosi. Le ricerche citologiche del liquido cefalorachidiano ci hanno dato il sorprendente risultato che non solo in malattie sifilitiche bene riconosciute del sistema nervoso, ma anche in sifilitici non neuropatici, in stadio florido e latente, si verifica assai spessso notevole aumento del contenuto globulare (linfocitosi). Secondo NONNE il 40 o|o di tali sifilitici hanno una chiara linfocitosi. E poichè la linfocitosi cefalorachidiana è quasi assolutamente l' espressione di un processo infiltrativo della pia, dobbiamo ammettere che la sifilide conduce non di rado più o meno a processi irritativi delle meningi. Questo fatto è assai importante perchè la P. P. potrebbe anche venire spiegata con un processo annoso di irritazione meningea. Già prima che si conoscessero le ricerche citologiche HIRSCHL aveva emesso una ipotesi analoga, basandosi sul concetto di LANG che un organo ammalatosi di gomme doveva essere già stato irritato e malato nei primi periodi della sifilide: e cioè che spesso le irritazioni meningee da sifilide clinicamente osservate, potevano stare in rapporto con la P. P., che si sviluppava più tardi. Le ricerche citologiche danno ragione a HIRSCHL; e speriamo che ci illuminino sempre più sul quesito non del tutto ancora risolto. Così gli ultimi studi sui corpi ed anticorpi tendono a riunire tutte le ipotesi per formare una sola dottrina patogenetica. Ed infatti anche la teoria di WASSERMANN è derivata da ipotesi. Partendo dal fatto che nei liquidi organici dei paralitici si trovarono, di fronte a sostanze genuinamente luetiche, degli anticorpi, e sembrando che qnesti fossero specialmente abbondanti nel liquido cefalo rachidiano, WASSERMANN pensò se la degenerazione linfocitica nella paralisi e nella tabe non potesse essere la conse-

guenza della progressiva e lenta formazione degli anticorpi, durante varii anni, i quali venivano man mano a distruggere le cellule stesse.

E quando poi si stabilì che anche estratti acquosi di tessuti *normali* reagivano di fronte a sieri luetici e metaluetici, si emise l' ipotesi che gli anticorpi sifilitici siano degli anticorpi diretti non contro l' elemento sifilitico, ma contro gli albuminoidi normali dell' organismo stesso. Tale ipotesi fu applicata da WEIL e BRAUN alla tabe ed alla paralisi con la seguente argomentazione: « Esiste nella sifilide un processo continuo di di-
« struzione cellulare: le sostanze che derivano dalle cellule agiscono come
« antigeni e producono degli autoanticorpi che sono specialmente diretti
« contro le sostanze cellulari dell' organismo. Se ora l'albumina elaborata
« possiede già per se stessa una tossicità contro l' organismo, è naturale
« che gli anticorpi aumenteranno tale tossicità. In tal modo esisterebbe
« un processo biopatologico il quale, a malgrado che l' infezione sia ces-
« sata produrrebbe ancora in circolo delle sostanze capaci di dare una
« grave alterazione del ricambio: e questo si manifesterebbe infine con le
« caratteristiche lesioni della tabe e della paralisi ».

Tale ipotesi però venne subito modificata. Da quando infatti si dimostrò la solubilità in alcool delle sostanze che entrano nelle ricerche sierologiche e queste non vennero più considerate come albuminoidi, ma piuttosto come lipoidi, e sapendo che i lipoidi non producono mai anticorpi, si capovolse totalmente l'argomentazione sopra accennata, e si disse: Ciò che finora si ritenne per anticorpi, non sono tali, ma tossine, che hanno una affinità specifica per i lipoidi, specialmente per la lecitina. Nella tabe e nella paralisi, tali corpi sono necessari alla vita delle cellule nervose, ma nello stesso tempo sono capaci di farle degenerare. Tutte queste ipotesi tuttavia, delle quali la seconda sembra la meno verosimile, portano al concetto che tabe e paralisi dipendano da un processo cronico di distruzione che agisce lentamente e specialmente sul sistema nervoso. La rapidità poi di comparsa delle due malattie dopo un periodo così lungo di silenzio verrebbe spiegata (anche secondo KRAEPELIN che è partigiano di una teoria di una lenta autointossicazione) con un' inondazione improvvisa nell' organismo di tali prodotti elaborati cronicamente e che in un dato momento invadono l' organismo e lo avvelenano acutamente. Insomma quasi tutti gli Aa. stanno per l' opinione che la paralisi abbia un' origine luetica, svolgentesi con alterazioni molto lente e croniche.

3. Sul terzo punto, della indifferenza della paralisi al mercurio basta osservare che noi ancora nulla affatto sappiamo sul come il mercurio agisca nell' organismo.

NEISSER emette 3 ipotesi: 1.° — Uccisione del virus e dei suoi composti organici per opera del mercurio. — 2.° Una reazione cellulare su-

scitata dal mercurio e capace di neutralizzare o allontanare il virus — 3.° Un vero arresto di sviluppo dell' infezione.

1. EHRMANN e LEVADITI hanno dimostrato che nei disturbi primitivi sifilitici gli spirocheti sono circondati da un alone di linfociti prevalentemente mononucleari deputati esclusivamente alla loro distruzione fagocitica. Tale distruzione intracellulare sta a negare una qualche azione diretta del mercurio, e può anche dimostrare la inefficacia di esso anche in processi sifilitici tuttora in atto: quando si pensi ancora che, come già si è detto, mentre nel primo e secondo stadio l' *iodio* si dimostra inefficace, esso lo è invece nel *terzo st adio*. Si può quindi non a torto invocare sia nella sifilide avanzata, che nella paralisi, quel tale decadimento (UMSTIMMUNG) organico di cui abbiamo già tenuto parola.

Un fatto strano ma che in questi ultimi tempi è stato rimesso in onore, vogliamo riferire per ultimo: e cioè che la paralisi generale viene alle volte migliorata da processi infiammatorii o purulenti intercorrenti. Già anticamente era nota la teoria del setone: oggi WAGNER VON JAUREGG specialmente ha ottenuto dei miglioramenti con le iniezioni sistematiche di *tubercolina:* così altri sifilografi hanno osservato la scomparsa di gomme nel corso di un' eresipela e hanno dedotto che gli spirocheti vengono distrutti dalla invasione di batterii estranei. LEVADITI dimostrò poi che negli strati superficiali dell' ulcera, dove sono ricchissime altre varietà di batteri gli spirocheti o non esistono o sono rarissimi: mentre sono assai frequenti negli strati profondi. Nelle scimie NEJSSER ottenne risultati analoghi: organi di scimie sifilitiche ma morte per dissenteria o malattie intestinali, iniettati in animali da esperimento, diedero risultato negativo.

Riassumendo: l' indifferenza della paralisi pr. al mercurio è strana e non è ancora delucidata. Ma data la nostra ignoranza sul suo meccanismo d' azione non siamo perciò autorizzati, dalla inattività del mercurio di concludere sull' indipendenza di quella dalla sifilide: poichè possono esistere, in tale indipendenza, dei fattori morbosi che ancora noi non siamo riusciti a conoscere esaurientemente.

2. **Esistono prove positive per ammettere che le alterazioni paralitiche, come tali, sono di natura sifilitica?** Se molti fatti parlano per il sì, pure una prova decisiva ancora non ci è nota: tanto più se l'anatomia istologica ci viene a dire che il reperto istologico spesso può fare escludere un' origine sifilitica. Ma per sciogliere il quesito, possiamo ricorrere a qualche dato delle ricerche sierologiche. È noto che le sostanze biologiche capaci di reazione si trovano nella P. P. e tabe, non solo nel siero di sangue, ma anche nel liquido *cefalo-rachidiano* (STERTZ, MARIE e LEVADITI, FRENKEL-HEIDEN, KAFKA, FEDEL, NONNE, SCHÜTZE). Nella sifi-

lide senza partecipazione del sistema nervoso, per quanto le ricerche finora eseguite permettono di giudicare, la reazione del liquido cefalo-rachidiano è *affatto negativa*, anche quando quella del sangue è al massimo grado positiva. Eguale contegno si rileva nella *sifilide cerebrale,* dove, a lato di una reazione del sangue positiva si ebbe solo in rarissimi casi una reazione positiva anche del liquido cefalorachidiano. E poichè un tale fenomeno si osserva anche in altre malattie infettive, noi possiamo ammettere che gli " anticorpi sifilitici ,, che si trovano nel liquido rachidiano della P. P. siano secreti dal sistema nervoso centrale. Ora, dal momento che un organo produce anticorpi solo quando è affetto da un *antigeno,* cioè dalla malattia specifica, non è inverosimile, applicando tale concetto alla P. P. che in questa esistano, nel territorio del sistema nervoso, dei processi sifilitici.

La sola conclusione positiva però che possiamo dedurre in questo campo è la seguente: In una affezione del sistema nervoso centrale, la cui connessione con la sifilide è per varie ragioni assolutamente assodata , esiste nel *liquido cefalo-rachidiano* una sostanza finora ignota ma certo strettamente vicina alla sifilide: mentre essa, nei sifilitici non colpiti nel sistema nervoso, si trova *soltanto* nel *sangue:* e la ragione prima della sua origine sta in quei processi biopatologici che noi chiamiamo " della paralisi progessiva ,,. — Si potrebbe da ultimo ritenere che tale sostanza, per le modificazioni vasali introdotte dalla P. P. non è più capace di passare nel sangue, quando si pensi che è dimostrato da Widal e Sigard, ad esempio, che il Sodio, nei paralitici, non oltrepassa le meningi e che sostanze colloidi e cristalloidi non passano, in via normale, dai vasi, nel liquido cefalorachidiano; e ritenere ancora che tanto il complemento quanto i normali ambocettori capaci di sciogliere il sangue di montone (hammelblutloesende Normal ambozeptoren), non passano anche nella paralisi Pr. dal sangue al iquido rachidiano. Ma queste non sono che ipotesi. Per finire l' argomento possiamo riassumerlo nel seguente esposto.

Conclusioni

1.) Senza pregressa sifilide non esiste paralisi progressiva.

2.) Non è inverosimile che mentre si svolge il processo paralitico, esista nell' organismo del virus attivo, che cioè i paralitici sieno ancora portatori di spirocheti.

3.) Per l' ipotesi di una sifilide da "virus nervoso ,, mancano i dati sufficienti.

4.) Il fatto che quasi costantemente, nei futuri paralitici la sifilide è decorsa straordinariamente mite permette l' ipotesi che in questi esista fin da

principio un meccanismo di difesa abnorme e costituzionalmente insufficiente contro l' agente stesso della sifilide.

5.) I tentativi di mettere in rapporto eredità, degenerazione e predisposizione con la paralisi generale non hanno dato finora una formola soddisfacente: sembra piuttosto ammissibile che si tratti di una predisposizione speciale solo del cervello.

6.) Le influenze esogene (alcool, traumi, surmenage) del sistema nervoso non sembrano agire in modo essenziale, ma piuttosto come co-fattori di danno in quanto sono capaci di determinare un abbassamento della resistenza fisica e psichica dell' organismo.

7.) La diversità dei prodotti sifilitici nei singoli stadi della malattia sembra si riferiscano non a varietà qualitative dello spirochete, ma ad una modificazione progressivamente istituentesi della reattività dei sifilitici stessi; modificazione che può interpetrarsi come una vera " degenerazione ,, (UMSTIMMUNG). *E poichè tale degenerazione provoca solo una piccola percentuale di fenomeni terziarii non riesce strano che tale percentuale divenga ancora minore per i casi di paralisi se ad essa, come sembra ammissibile, si fa riferire per analogia la patogenesi di questi ultimi.*

8.) Una serie di fatti permette l' ipotesi che le manifestazioni paralitiche siano basate su processi cronici sifilitici: ma se questi siano strettamente localizzati al sistema nervoso centrale, o altrove, non si può ancora affermare. Ciò però spiega il perchè di un così lungo periodo di tempo fra la prima infezione e lo scoppio della paralisi.

9.) Dalla inefficacia del mercurio non si può dedurre l' indipendenza della paralisi dalla sifilide: perchè il meccanismo d' azione di quello ci è totalmente sconosciuto.

10.) Per decidere se le modificazioni anatomo-istologiche della P. P. siano di natura sifilitica dobbiamo attenerci al responso degli anatomo-patologi.

11.) I dati della siero-diagnosi parlano per uno stretto rapporto fra paralisi e lue: tuttavia essendo i metodi di quella ancora molto incerti, conviene attendere ulteriori e più decisive ricerche.

2.° — Parte anatomica

Per merito specialmente di NISSL e ALZHEIMER sappiamo che la P. P. presenta delle alterazioni corticali del tutto caratteristiche e speciali: e sappiamo ancora, dai sifilografi che esiste tutta una serie di lesioni corticali che hanno per base una origine strettamente sifilitica. I quesiti che noi dovremo delucidare, dati gli stretti rapporti clinici esistenti fra sifilide e paralisi sono parecchi: e cioè: fino a qual punto noi siamo in grado di distinguere le lesioni corticali paralitiche da quelle sifilitiche: esiste o no una parentela

fra processi sifilitici e paralitici, esiste, oltre alle paralisi generali pure, un altro gruppo di quadri morbosi, strettamente connessi con la paralisi ma pure in qualche punto diversi: e siamo in grado noi, sulla base dei reperti istologici, di creare, di tali quadri morbosi, un gruppo a parte e indipendente.

In base a tutte queste domande possiamo formulare quattro quesiti principali:

1.°) Quali alterazioni si trovano nella comune Paralisi Progressiva?

2.°) Come va interpretata,, dal pnnto di vista anatomo patologico l'alterazione della corteccia cerebrale?

3.°) Queste alterazioni sono così regolari che solo quei casi che le presentano vanno considerati come casi di paralisi progressiva ? Ed ancora: si può, sulla base del reperto anatomico, includere nella para lisi casi che eventualmente presentano un diverso andamento clinico?

4.°) Possiamo noi, dal punto di vista anatomico chiederci se tali modificazioni sono o no di natura sifilitica e che cosa dobbiamo intendere per sifilide cerebrale (lues cerebri)?

Il FISCHER ha consultato tutti i lavori più importanti sull'argomento, ha studiato ancora per proprio conto 85 paralitici, 120 altre psicosi e 15 cervelli normali.

I.

Quali modificazioni si trovano nella comune paralisi progressiva?

Modificazioni della pia madre — Lo stroma connettivale è generalmente ispessito e in vario grado infiltrato di elementi cellulari: si trovano cellule granulari giganti (Plasmazellen) in vari stadi di sviluppo e in parte anche degenerate, linfociti, fibroblasti e genuine cellule granulari: i vasi della pia sono alterati: presentano proliferazioni endoteliali, neoformazioni di capillari: niente rare sono pure proliferazioni dell' intima sul tipo dell' endoarterite luetica a forma di batufolo (polsterfoermig) di HEUBNER la quale, già osservata da altri, è stata dal FISCHER riscontrata nei vasi meningei più grossi nel 20 o|o dei casi: mai però nella corteccia cerebrale.

Alterazione della corteccia — a) *i componenti di origine mesodermica.* cioè vasi e loro involucro connettivale.

Già i primi ricercatori avevano osservato dei vasi con essudati cellulari: secondo alcuni si trattava di un reale aumento dei vasi, secondo altri l'aumento era solo apparente e condizionato alla diminuzione di spessore della sostanza corticale con permanenza del tavolato vasale. Dai lavori di ALZHEI-

MER è risultato un reale aumento dei vasi. Questi presentano oltre a ciò una caratteristica proliferazione degli endotelii: bene descritta da ALZHEIMER stesso: si descrisse infine una degenerazione ialina della parete vasale che io non ho mai trovato e che anche da CRAMER e ALZHEIMER è considerata come del tutto secondaria.

Importantissima e molto evidente è invece l' infiltrazione delle pareti vasali. È assodato che le cellule di infiltrazione corrispondono qui perfettamente a quelle che si trovano anche in altre infiammazioni croniche: linfociti: plasmazellen (cellule granulari): mastzellen (cellule giganti) le quali una volta, per mancanza di tecnica microscopica venivano interpretate indistintamente come fenomeni di infiltrazione parvicellulare. Le mastzellen, descritte per prime da ATHIAS e FRANÇA nel cervello di un paralitico sono troppo rare perchè possano avere un particolare significato: più importanti sono le *Plasmazellen* che ALZHEIMER per primo differenziò dai linfociti e VOGT e NISSL identificarono come simili a quelle delle comuni lesioni infiammatorie.

HAVEr e MAHAIM cercarono di diminuire l'importanza delle plasmazellen ma NISSL ribattè vigorosamente. Io stesso non ho mai visto un caso sicuro di paralisi dove mancasse tale reperto.

Spesso ancora si trovano nelle meningi e nei vasi grosse cellule, dette granulari (Koernchenzellen) cariche di grasso o mielina; altre, in certi casi numerose, si trovano cariche di sostanza colorante del sangue o di frammenti di emazie. BINSWANGER le ritiene caratteristiche di una particolare forma clinica della P. P. e le fa derivare da minuscole emorragie capillari.

Leucociti polinucleari sono rarissimi e solo quando esistono complicazioni settiche o meningee, o incipienti ascessi cerebrali.

Si trovano da ultimo nelle guaine vasali e nelle meningi piccole palle fortemente refrangenti che si colorano in verdastro col bleu di metilene e in rosso lucente con l' eosina: o isolate, o, se più piccole, in gruppi di 4-10 e contenute in una specie di membrana fornita non di raro di un nucleo piatto: ALZHEIMER le ritiene *plasmazellen* degenerate.

b) i componenti di origine esodermica.

A — il parenchima nervoso.

1. — *le cellule ganglionari*. Queste sono sempre alterate, e furono studiate solo dopo l' introduzione del metodo NISSL. Si sperò che le alterazioni delle cellule ganglionari fossero patognomoniche della p. p. ma tale speranza fallì, essendosi trovato uguale reperto in altre malattie del cervello. Si parlò anche di una *calcificazione* (ALZHEIMER) delle cellule, ma io non l'ho mai trovata. Col nuovo metodo di ricerca delle fibrille si trovò che pure queste sono *frammentate e non colorabili;* la cellula è invece *diffusamente*

colorata (Bielschowskj — Renkiki Moriasu): generalmente però le lesioni sono così gravi che le cellule finiscono per distruggersi, perchè queste dopo essere impicciolite, diminuite di numero, ammassate insieme per la scomparsa degli altri elementi corticali; sono come sballottate l'una contro l'altra (NISSL) deturpando l'aspetto normale del territorio nervoso.

2. Le *guaine midollari*. Una paralisi avanzata porta sempre una notevole distruzione delle guaine midollari delle fibre nervose. TUCZEK per primo trovò che le prime a scomparire sono le fibre tangenziali dalla superficie verso il fondo: più tardi però (ZACHER, KAES) si vide che le prime erano invece le sottilissime fibre del secondo e terzo strato cellulare e che solo più tardi cominciavano a degenerare le fibre tangenziali. Tale processo può andare tanto innanzi da non trovarsi più nemmeno una guaina in tutta la corteccia.

BORDA e FISCHER descrissero anche un particolare " disposizione a macchie ,, (feckweise) di scomparsa delle guaine midollari. Nel 65 o|o dei casi si troverebbero attorno ai vasi dei focolai rotondeggianti, spesso confluenti di masse parenchimali dove, pur essendo del tutto scomparse le guaine, persiste il cilindrasse, senza degenerazione secondaria o alterazione infiammatoria, con un aumento minimo di nevroglia e quasi simile alle " macchie ,, nei focolai di sclerosi multipla.

3. *Le fibrille extracellulari*, rilevate recentemente con l'impregnazione all'argento di CAYAL e BIELSCHOWSKY. Con qnesto metodo si colorano le dette fibrille, i prolungamenti cellulari; i cilindrassi delle fibre midollari le fibrille amieliniche e le più sottili diramazioni dentritiche che, formando uno spessissimo intreccio, costituiscono la massima parte della sostanza grigia corticale. Le prime ricerche eseguite dimostrarono che, a malgrado una rilevante scomparsa delle fibre mieliniche permane ancora un ricco intreccio di fibrille: tanto che DAGONET ritenne che nella P. P. le fibrille venissero conservate. Ulteriori ricerche però (BALLET, BIELSCHOWSKY RENKIKI MORIASU) dimostrarono ed io stesso osservai, che nella paralisi avanzata l'intreccio delle fibrille si è, in paragone della norma, notevolmente diradato.

B. La nevroglia. Tutti gli studi finora compiuti, non ci rivelano altro che dobbiamo distinguere una *glia cellulare ed una glia fibrillare derivante dalla prima* (zellige - faserige glia). Nella Paralisi G. ora l'una, ora l'altra sono aumentate sopratutto nei luoghi dove anche normalmente sono più dense, cioè nello strato superficiale (RANDSCHICHT) e attorno ai vasi. Nei paralitici avanzati poi la glia forma densi intrecci fibrillari nei quali si converte anche la glia cellulare. Ma sopratutto nel confine della sostanza bianca con la grigia la glia, in quasi tutti i paralitici è ammassata in forma di ricche concrezioni fibriniformi (plasmareiche Gebilde): si osservano ancora certe caratteristiche zolle descritte da NISSL e ALZHEIMER e le proli-

ferazioni a forma di mixomiceti del NISSL: e da ultimo certe speciali formazioni simili a cellule, pure descritte da NISSL. Esistono ancora le cellule a bastoncino (Stäbchenzellen) di NISSL, di forma allungata, con nucleo a bastoncino e protoplasma a bordi puntuti e angolari che non mancano mai nella paralisi e che si trovano sopratutto nei posti di maggiore distruzione del parenchima. Sulla loro natura poco si sa: per NISSL ALZHEIMER sarabbero di origine *mesodermica* e *avventiziale*, per Sträussler apparterrebbero, almeno nel cervelletto, alla glia.

In paralisi conclamata tutte le descritte modificazioni si osservano riunite: mentre in altri pochi casi, dove pur esistono profonde lesioni di cellule e fibre queste sono tuttavia più isolate e più rare.

II

Come si devono interpretare, dal punto di vista anatomo-patologico, le alterazioni della corteccia cerebrale?

Sull'interpretazione del quadro istologico che è offerto da una paralisi progressiva avanzata, non esiste oggi alcun dubbio.

Noi vediamo qui che le lesioni del parenchima specifico, funzionante, stanno in un certo contrasto di fronte al tessuto di sostegno. Mentre le cellule ganglionari e le fibre nervose midollari o amieliniche presentano processi degenerativi così profondi da arrivare fino alla loro totale distruzione, il tessuto di sostegno, cioè glia e vasi, il connettivo che le circonda e le meningi stesse, si trovano in uno stadio di proliferazione; la parete vasale è infiltrata da un essudato cellulare; in breve, il quadro istologico è quello che noi chiamiamo *di infiammazione cronica*.

É quindi di grande importanza spiegarci come questi due fatti, così opposti fra loro, stiano in connessione o fino a qual punto invece essi siano indipendenti l'uno dall'altro. Tale quesito si cercò di spiegarlo in due diversi modi. Primo con l'analisi delle alterazioni di una paralisi completamente evoluta. Secondo con lo studio di casi di paralisi che dopo breve durata erano andati a morte. Col primo metodo non si arrivò a nessun risultato positivo volendo alcuni trovare il punto di partenza nel parenchima nervoso, altri nel processo infiammatorio della glia. Eppure ciò che riesce tanto oscuro per il cervello é molto più chiaro per il midollo spinale dove le degenerazioni di sistemi di fibre non dipendono certo da alterazioni meningee e vanno considerate nè più nè meno che genuine *degenerazioni primarie*. In analogia a queste ALZHEIMER giudicò che l'essenza della paralisi è l'alterazione e la distruzione del parenchima nervoso da cui

deriverebbero i fenomeni infiammatorii del sistema vascolare, sviluppatissimo più che mai, nella corteccia cerebrale.

A nostro parere si possono avere altre prove dirette dagli stessi processi corticali, e sopratutto dal reperto, già citato della scomparsa delle guaine mieliniche a macchie diffuse, attorno ai vasi; mentre questi rimangono, propozionalmente quasi intatti. Si tratterebbe in questo caso di un fattore ignoto, agente localmente a focolai che altererebbero *primitivamente* le guaine mieliniche, senza dare altre apprezzabili alterazioni. Questo ,, demidollamento ,, si inizia con piccole macchie, poi aumenta fino a formare macchie più grandi, confluenti, e finienti per demielinizzare la corteccia in tutto il suo spessore.

Tanto questo processo (demielinizzazione a focolai), quanto la comune rarefazione delle fibre, che è il reperto più frequente, conducono entrambi allo stesso risultato: la scomparsa della corteccia. E poichè, nel primo reperto mancano o quasi i fatti infiltrativi dell' infiammazione cronica, deduciamo che non è questa la ragione della scomparsa delle fibre (poichè, come abbiamo visto, possono permanere le fibre amielinizzate) ma che la scomparsa delle fibre stesse è un fenomeno primario e tutt'al più contemporaneo ma non dipendente a quello della proliferazione vasale.

Il secondo modo di risolvere il quesito, cioè lo studio di casi recenti di paralisi andati a morte è stato oggetto di numerosissime ricerche: e ci conduce alle stesse conclusioni: suffragate da altri fatti che sono stati rilevati da noi e da varii autori. GREPPIN, ZACHER, WEBER, BINSWANGER ecc.

Esse sono, nella PP, la scomparsa del parenchima e le alterazioni infiammatorie; che compariscono sempre unite, ma non stanno affatto in diretto rapporto fra loro nè si influenzano direttamente l'una con l'altra. I casi più opportuni per approfondire tali ricerche sarebbero i casi iniziali, ma indubbii e rapidamente finienti con l'exitus, dopo una sintomatologia ricca e variata. Tutti gli autori sopra citati infatti, in varii casi di breve durata, trovarono quasi sempre prima scomparsa del parenchima, oppure, più raramente piccola proliferazione della glia senza troppe alterazioni vasali o infiammatorie — Il primo reperto sembra dunque il più attendibile.

III

Le alterazioni corticali complessive della PP. sono così costanti che si debbono ritenere di P. P. solo quei casi che rivelano le alterazioni stesse? E d'altra parte: Casi clinicamente diversi possono, sulla base del reperto istologico (di un reperto istologico similare), venire inclusi nolla P. P?

Il tipo anatomo - patologico della comune paralisi progressiva è tanto

noto e illustrato, che non è più il caso di soffermarci. Ma esiste un altro tipo, noto col nome *paralisi a focolaio* che è stato bene destritto da LISSAUER. Vi sono infatti dei casi che insorgono con *sintomi a focolai* di varia natura (paralisi con o senza crampi, disturbi del linguaggio, emianopsia) che vanno e vengono per divenire però sempre più gravi e stazionarii e che finiscono in uno stato progressivo di demenza, per nulla dissimili alla paralitica. Tali casi, studiati poi esaurientemente da ALZHEIMER, hanno questo di particolare, che le lesioni anatomiche non sono egualmente diffuse, specialmente nel cervello frontale, come nella comune PP., ma colpiscono a preferenza qualcuno dei centri di proiezione e si svolgono, fin da principio perciò, come *lesioni a focolaio*. Queste PP. sorgono, clinicamente in due modi: 1.° si osservano i fenomeni a focolaio prima che si possa rilevare nessun sintoma di PP. e solo tardivamente insorge lentamente la demenza: 2° Tali fenomeni vengono a complicare un quadro già conclamato di demenza paralitica. In entrambi al microscopio, si osservano le solite lesioni diffuse della corteccia, solo queste sono notevolmente più gravi nei punti del focolaio. Nei casi in cui poco prima della morte si sono avuti numerosi attacchi paralitici, si osserva, in detti centri e vie di proiezione una forte *degenerazione* grassa (STARLING, FISCHER): se essi invece durano molto in vita si osserva, in questi punti, una marcatissima *atrofia*. LISSAUER ammette che in questi casi le cellule si distruggono per strati. ALZHEIMER interpretra tale atrofia a focolaio come lo stadio terminale dei comuni processi paralitici, JACOB li farebbe derivare da un' alterazione primitiva dei vasi.

La comune atrofia paralitica incomincia con una scomparsa di fibre, alla quale si unisce quella delle cellule e delle fibrille intercellulari con proliferazione di nevroglia: questa proliferazione è massiva nello strato esterno marginale e in molti casi ai confini della sostanza bianca, mentre nelle altre regioni la proliferazione di nevroglia, anche in casi molto avanzati è meno pronunciata. Nella *atrofia a focolaio* sopra nominata, le cose vanno diversamente. Qui infatti in un punto anche abbastanza esteso, cominciano ad ammalare acutamente le cellule di uno o più strati (per solito il 2° e 3°): tanto che scompariscono tutte o quasi: segue a queste una grave distruzione delle fibrille intercellulari: mentre le fibre mieliniche, un pò diminuite, attraversano il territorio così lesionato. Per tale distinzione, si formano delle lacune massive, che danno alla corteccia un aspetto di favo, di alveare: più tardi insorge una forte proliferazione di nevroglia che riempie le lacune con grosse cellule multipolari e con grosse fibre: questa proliferazione non è uniforme, ma massima attorno ai vasi e sempre più diradantesi quanto più da questi si allontana.

Questa modalità anatomica è così diversa dalla comune che io la chiamerei *"distruzione spongiosa,,* della corteccia: e, pur trovandosi alle volte anche nella comune paralisi, è però tanto limitata e rara che viene per lo più trascurata. Nella paralisi di LISSAUER invece essa costituisce il quadro sostanziale e rappresenta la causa della distruzione funzionale di quei centri nei quali si istituisce primitivamente. Se poi tale atrofia è molto estesa, è visibile anche macroscopicamente: le circonvoluzioni affette presentano un raggrinzamento a forma di pettine, ed appariscono asciutte e colorite in brunastro. JACOB la fa dipendere da una lesione primitiva dei vasi: ma io invece non ho mai trovato alterazioni così gravi dei vasi stessi da giustificare tale ipotesi. Se poi si pensa che il processo si svolge a strati orizzontali, mentre i vasi decorrono verticalarmente, si potrà, a più forte ragione scartare, l'ipotesi di JACOB.

La descritta lesione a focolaio della corteccia è importante ancora per il fatto che essa si trova egualmente in molte altre affezioni del cervello: JACOB la trovò in una *demenza* senile e in due *demenze* (primitive) semplici: io stesso la trovai in un caso di *tabe con demenza* dove un polo frontale era largamente interessato dalla degenerazione mentre nel resto del cervello non esisteva la più piccola lesione paralitica: in tre casi di *demenza senile* con afasia e atrofia del lobo temporale la quale ultima era condizionata appunto al processo in questione: nei *lobi frontali* infine di un caso di una *demenza presenile* che ricordava stranamente una dementia praecox. Tutto sommato, possiamo affermare che se, nella maggior parte dei casi, la paralisi di LISSAUER facilmente si confonde con la classica P. P, esistono però degli altri nei quali la demenza che ad esse è legata non sempre o solo molto tardivamente può venire diagnosticata come vera demenza paralitica.

Un terzo gruppo di casi, finalmente, debbono venire studiati, e cioè casi che decorrono inizialmente come psicosi di vario genere o che solo dopo lungo tempo si manifestano con i caratteri della demenza paralitica: pur presentando all'esame microscopico le identiche lesioni della corteccia. Tali casi che chiameremo di "paralisi atipica,, sono forse più frequenti di quanto si crede, e più facilmente verrebbero scoperti se si sottoponessero a ricerche minuziose e sistematiche tutti quei numerosi casi di forme dubbie, od oscure.

Tuttavia, quantunque molto, ma molto vi sia da fare in questo campo, le ricerche fino ad ora esguite permettono di risolvere, o perlomeno trattare tutta una serie di importantissime questioni. E prima di tutte questa: *Sulla base delle nozioni acquisite finora ha l'istologia patologica del cervello una importanza essenziale per l'istituzione della diagnosi?*

Per quanto si debba in generale ammettere che a tutte le comuni paralisi corrisponde un reperto corticale univoco o costante, esistono d'altra parte, se non molti, certi casi che divergendo più o meno dal lato clinico, danno un identico reperto microspico: e viceversa casi che clinicamente sono compresi nella paralisi non lo sono invece dal lato istologico. (Encefalomalacie specialmente luetiche, atrofie cerebrali arteriosclerotiche ecc.). Da ciò sgorgano due punti di vista:

1º I sostenitori del primo concepiscono la paralisi come una unità clinica strettamente limitata e ne separano tutti i casi differenti; ma devono con ciò smentire alcune volte il significato del reperto istologico (concetto anatomico):

2º La paralisi è una determinata malattia cerebrale la cui posizione clinica va determinata volta per volta dal reperto anatomo - patologico (concetto clinico).

Il più strenuo sostenitore del concetto clinico è KLIPPEL, che nel suo referto al 13º Congresso dei Psichiatri Francesi a Bruxelles nel 1903 vuol comprendere col nome di Paralisi solo una sindrome clinica che può venir determinata, quando si presenta diffusa, da svariati processi degenerativi della corteccia cerebrale ed alla quale non sta per base nessun unico processo patologico. Egli perciò riunisce tutte le paralisi e sindromi affini in un grande gruppo che divide, secondo principii clinici ed eziologici, in molti sottogruppi.

I sostenitori invece del concetto anatomico, NISSL e ALZHEMIER, sulla base della costanza del reperto istologico nei casi clinicamente conclamati, considerano come condizione sine qua non della diagnosi, il processo patologico rivelato dal microscopio, e noi siamo convinti che questa sia la vera e più giusta opinione, perchè oggi non ci si può più basare soltanto sulla sintomatologia per formulare od accomunare le diagnosi di varii quadri morbosi.

Riassumendo: *La paralisi progressiva è una speciale malattia del sistema nervoso centrale che per verità decorre clinicamente nei modi più svariati; i quali tutti però hanno in comune i noti caratteri somatici e una demenza lentamente progrediente ed arrivante, in un tempo relativamente lungo, al grado più profondo.*

Clinicamente, possiamo nel seguente modo raggruppare le varie modalità di decorso:

1º **La paralisi tipica,** *il quadro morboso classico, compresa la forma infantile e giovanile.*

2º **La paralisi a focolaio o di Lissauer**. Il quadro clinico è costituito in questa da sintomi a focolaio durevoli o transitorii che insorgono in tempo in cui non si rilevano ancora disturbi psichici ma che possono

insorgere anche in mezzo ad uno stato paralitico più o meno sviluppato. Si possono dividere in tre varietà.

1° Casi con sintomi a focolaio cerebrali (LISSAUER).

2° Forma cerebellare (RAECKE, ALZHEIMER, STRAEUSSLER) con sintomi prevalentemente cerebellari.

3° Casi con attacchi coreici forse per un' affezione talamica primitiva.

3° **Paralisi atipica** Chiamerei così quei casi che decorrono con caratteri indistinti, imitano altre psicosi e solo più tardi finiscono in demenza. Anche questi si possono dividere in cinque sotto gruppi:

a) Casi con sintomi catatonici (NISSL).

b) Paralisi senili - clinicamente simili alle demenze senili con caratteri della P. P.

c) Forme fulminanti col quadro del delirio acuto.

d) Una parte delle psicosi tabetiche.

e) La forma epilettica della paralisi.

4° **La paralisi stazionaria** che dai lavori di ALZHEMIER e GAUPP va compresa nella P. P.

Tutte queste forme, che sono collegate da innumerevoli casi di passaggio, dimostrano che esiste *un gruppo naturale di malatie, dette paralisi generali , caratterizzato da una lesione cerebrale bene distinta e particolare.*

IV

Possiamo noi, dal punto di vista anatomico porre il quesito "Le alterazioni anatomiche della paralisi sono o non sono da considerarsi come sifilitiche ,, e che cosa si deve intendere per "Lues cerebri ?,,

Le alterazioni cerebrali determinate dalle endoarteriti sifilitiche (rammollimenti ecc.) non si distinguono per nulla da uguali alterazioni, che hanno però patogenesi diversa: così che in questi casi solo all' etiologia ed al decorso clinico dobbiamo ricorrere per la verità. (Arteriosclerosi senili). In tali casi raro è l' esito in demenza, e non sempre necessaria. Egualmente alle lesioni di focolaio , agiscono le *gomme* (meningite gommose): che possono colpire, in forma miliare, anche nei paralitici la corteccia cerebrale (gomme miliari).

La diagnosi quindi di specificità sarebbe inconfutabile, se noi potessimo appoggiarci al reperto batteriologico o all' istologico: ma il primo pur troppo è o negativo, o ancora incompleto — il secondo non è risolutivo perchè in molte altre malattie noi troviamo le stesse lesioni cerebrali. Rimarrebbe il punto di vista clinico: ma anche questo offre non poche dif-

ficoltà. Molti negano assolutamente alla paralisi la natura di una affezione sifilitica "attuale", altri invece la spiegano come una meningoencefalite luetica o come uno stadio *quaternario* della sifilide stessa.

Io credo che si debbano ritenere direttamente sifilitiche la *gomma*, *l'endoarterite*, *la meningite gommosa:* mentre la natura sifilitica delle lesioni paralitiche sopra descritte non è sufficientemente dimostrata nemmeno dal reperto anatomo - istologico.

Un'ultima forma descritta dagli Autori è bene sia qui rammentata: la cosidetta "*sifilide cerebrale diffusa*", (LUES - CEREBRI): quantunque, quanto più io studii l'argomento, tanto, più oscura e problematica essa mi apparisca. Studiando infatti la letteratura, pare che quella non sia altro che una forma di paralisi a focolaio: se pure, secondo LADAME esistono dei precisi punti di differenziamento fra la *lues - cerebri* e la *paralisi.* Questi sarebbero clinicamente: *attacchi epilettiformi con lesioni residuali permanenti: lesioni a focolaio variamente localizzate: sviluppo della malattia a poussées e stabitirsi definitivo del processo: conservazione delle funzioni intellettuali, della nozione della propria personalità, positività della cura specifica: e dal lato anatomico lesioni molto simili alle paralitiche più una endoarterite otturante.* Oltre a ciò DUPRÉ e DEVAUX avrebbero trovato nella sifilide cerebrale solo linfociti, negl' infiltrati, e solo PLASMAZELLEN nella paralisi. Ma i casi di LADAME sono pochissimi, l'affermazione di DUPRÉ è erronea; cosicchè noi davvero non ci sappiamo decidere per l' individualità di una *lue - cerebri* così poco definita e raramente trovata.

Riassumendo finalmente ciò che è stato detto, concludiamo:

1° *A base della paralisi generale sta una lesione cerebrale bene caratterizzata: tuttavia una diagnosi sicura non può basarsi sulle singole lesioni, mas - soltanto sulla somma di tutte.*

2° *Il processo istopatologico è una scomparsa del parenchima legato a cronica infiammazione, quantunque l'una sembri indipendente dall'altra.*

3° *Per la determinazione del criterio clinico devesi in prima linea utilizzare il reperto istologico.*

4° *Dal punto di vista clinico si possono distingnere quattro varietà.*

a) *la paralisi comune*

b) *la paralisi di Lissauer o a focolaio*

c) *la paralisi atipica*

d) *la paralisi stazionaria*

5° *La paralisi progressiva dal punto di vista anatomico, non può venire interpretata come una lesione direttamente sifilitica.*

Giugno 1910

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Anno	Interno	Lire 8, 00
	Estero	» 10, 00
Un numero separato		» 3, 50

L' annata consta di 3 fascicoli di 150 pagine ciascuno.

Direzione ed Amministrazione presso il Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore.

Le monografie da doversi pubblicare si dirigano al Prof. Domenico Ventra.

Per gli abbonamenti e la pubblicità dirigersi al Dottor Francesco Lener, Segretario della Redazione.

Gli Autori ricevono in dono 50 copie dei lavori originali.

Anno XXVI N. 2-3.

IL MANICOMIO

ARCHIVIO DI PSICHIATRIA E SCIENZE AFFINI

Organo del Manicomio Interprovinciale V. E. II.

DIRETTO DAL

PROF. DOMENICO VENTRA

LIBERO DOCENTE DI PSICHIATRIA NELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

DIRETTORE DEL MANICOMIO

E REDATTO

DA TUTTI I MEDICI DEL MANICOMIO

NOCERA INFERIORE

TIPOGRAFIA DEL MANICOMIO

1910

N. B. Il presente numero doppio è uscito con notevole ritardo per mutamento di sede e rinnovazione della Tipografia del Manicomio. —

Il giornale regolerà il turno della sua pubblicazione nel corrente anno con un altro numero doppio. LA DIREZIONE

INDICE

Memorie Originali

LENER — Dementia praecox phrenastenica — Note ed appunti di clinica . . . . *pag.* 139

ANSALONE — Contributo clinico ed istopatologico allo studio della Demenza arteriosclerotica (con figure) . . . . » 173

VIDONI — Sopra un caso di psicosi paranoidea . . . » 187

LEVI BIANCHINI — Distiroidismo ed amenza traumatica — Perizia medico-legale (con figura) . . . . » 195

TOMASINI — Il puerilismo mentale (con figura) . . . » 221

PINI — Ricerche sull' « acido glicuronico » negli epilettici . » 239

LEVI BIANCHINI — La legge sugli alienati del Granducato di Baden » 263

Id. — Il Regolamento sugli alienati del Granducato di Baden (Osservazioni di legislazione manicomiale comparata) . » 273

DEL GRECO — Alcoolismo e delinquenza minorile — Lettura per l'Associazione Cesare Beccaria di Milano (marzo del 1911) » 307

Bibliografie

BINET ET SIMON — Definition de l' idiotie et de l' imbècillitè (*Levi Bianchini)* . . . . » 325

ARSIMOLES ET HALBERSTADT — La paralysie gènèrale juvenile *(Levi Bianchini)* . . . . » 328

COSTANTINI — Sul riso e pianto spastico *(Levi Bianchini)* . » 331

CACCIAPUOTI — Nuovi segni di paralisi organica dell' arto inferiore *(Levi Bianchini)* . . . . » 333

LHERMITTE — Revue de Psychiatrie, pag. 265, 1910 fasc. 7. *(Levi Bianchini)* . . . . » 338

NAECK — Ueber atypische paralysen *(Levi Bianchini)* . . » 341

WESTPHAL — Progressive paralyse und Aortenerkrankungen *(Levi Bianchini)* . . . . » 343

KLIENEBERGER — Ein Fall von Balkenmangel bei juveniler Paralyse *(Levi Bianchini)* . . . . » ivi

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra

DEMENTIA PRAECOX PHRENASTENICA

NOTE ED APPUNTI DI CLINICA

PEL

Dott. Lener Francesco
Primario

Dopo che Finzi ebbe pel primo intraviste le analogie che possono riscontrarsi fra gli arresti di sviluppo mentale congeniti od acquisiti nella prima età, e gl' indebolimenti psichici manifestantisi in modo sub-continuo, (od a poussèes) durante la evoluzione pubere, il concetto clinico della *Demenza precoce*, che si allargava in quel tempo per le nuove vedute kraepeliniane, cercò di riunire anche quei casi nei quali l' apparente associazione morbosa prospettava all' osservatore le note di una psicopatia sopravvenuta sul terreno di un preesistente arresto di sviluppo mentale.

Di qui il nome di « Dementia praecox phrenastenica ».

Dice infatti il Finzi: *L' imbecillità si distingue naturalmente dalla demenza precoce, perchè è congenita o data dai primi anni della esistenza; ma spesso succede che gl' imbecilli vengono nei Manicomi solo fra il 20° o 30° anno di età. L' interpretazione critica dell'anamnesi, quando c'è, non è sempre facile, specie se, come in Italia, c' è una tendenza generale a vedere nelle forme mentali quasi sempre manifestazioni degenerative, ereditarie, congenite. Di più nei frenastenici noi osserviamo strane rassomiglianze con l'assurdità del contegno, con gl' impulsi non motivati, coi movimenti ritmici, monotoni, poveri, uniformi dei catatonici; e allucinazioni*

e idee deliranti instabili, indeterminate e stranissime come in dementi paranoidi.

Non è qui il posto di svolgere un concetto che l' osservazione quotidiana mi va sempre più confermando, che cioè nessuno come il frenastenico va soggetto alla demenza precoce: sì che la diagnosi, che qui si fonda essenzialmente sull' anamnesi, spesso non debba suonare imbecillità, ma per lo meno: demenza precoce in imbecille.

Come si vede, il dubbio fu assai nettamente posto allora dal FINZI; e più tardi, coi lavori cioè del DE SANCTIS, MODENA, COSTANTINI, ANGELO PIAZZA, ecc. fu largamente discussa la cosidetta Demenza precoce frenastenica, senza però apportarvi, a mio avviso, alcun elemento che valesse a limitarne i confini ed a renderne più facile la diagnosi; la quale entra di pieno diritto nei concetti nosografici, oggi predominanti, sulla Demenza precoce semplice senza per questo aggiungere a quello che il TAMBURINI chiama il *gran calderone,* concetti e nozioni che riguardano un' altra entità patologica.

Perchè, infatti, si dovrebbe assegnare alla *Dementia præcox phrenastenica o comitans* quell' autonomia clinica invocata dal De SANCTIS e dal TAMBURINI accettata, se i gradi medi di frenastenia offrono il terreno più facile allo sviluppo della Demenza precoce ?

La patogenesi della *Demenza precoce semplice* va ricercata com' è noto, in una autointossicazione prettamente endogena, come, tra gli altri, sostiene l' HALLERVORDEN, cosicchè la riduzione o la involuzione psichica, che ne è la manifestazione più appariscente, nei frenastenici si addimostrerebbe col peggioramento delle preesistenti condizioni mentali, stabilito da una fase regressiva della malattia prima, annunziantesi all' epoca della pubertà.

Cosicchè in tale malattia non si osserverebbero solamente i segni di un' affinità clinica fra le due entità morbose (frenastenia e demenza precoce) ma v' è in essa qualche cosa di più, l' espressione cioè di un fatto biologico, per cui è necessario indagare se mai l' origine fondamentale delle due entità morbose, non sia per avventura univoca, pur colpendo l' individuo in due momenti diversi della sua vita.

É da credere perciò che nello studio dei frenastenici, nei quali la demenza precoce si manifesti, non vi sia bisogno di ricercare cause patogenetiche diverse che determinano lo svolgersi di due diversi processi, ma siavi piuttosto da ricercare la unità genetica di due forme

morbose, delle quali la 2.ª (demenza precoce) si sovrappone alla 1.ª (frenastenia) o che si conclama in un momento della evoluzione individuale, sulla preesistente disposizione morbosa dalla prima stabilita, se non pure quella non rappresenta l'esito finale della malattia prima.

Sicchè tornan giuste le osservazioni di KRAEPELIN in proposito: *Io ritengo*, egli dice, *che sia verosimile che in questi casi l'apparente malattia nuova non rappresenti che lo svolgersi dello stesso processo morboso che ha portato nell' infanzia la imbecillità: con altre parole, che certi casi di imbecillità in realtà non siano che forme fetali od infantili della demenza precoce*, ripigliando in tal modo l' antico concetto di SCHÜLE sulla *imbecillità ebefrenica* e di MOREL. Ne risulterebbe che i casi di demenza precoce frenastenica o *comitans* sono più frequenti nei Manicomii di quanto finoggi non siasi creduto, e perciò la necessità di un accurato studio sull' anamnesi del malato e l' accurata indagine, come raccomanda lo ZIEKEN, sul grado primitivo dell' intelligenza dell' individuo. Nè credo, come par che tema il DE SANCTIS, che negando autonomia clinica alla Demenza precoce frenastenica, non si rispetti da una parte « il concetto classico della Frenastenia trasmessoci da ESQUIROL, e dall'altra si ponga in dubbio l' autonomia di una psicosi facile a svilupparsi in prossimità del periodo puberale, a cui oggi si dà il nome di demenza precoce. »

La demenza precoce semplice non si diagnostica solamente allorquando della malattia vi siano segni grossolani e appariscenti; non è solamente la notevole dissociazione del pensiero, avente carattere di stabilità, accompagnata o non da impulsi improvvisi, manierismi, episodii di negativismo, verbigerazione inconcludente ecc., nè la lesione più o meno notevole della volontà, dell' attenzione, le stranezze del contegno che rappresentano la sindrome della malattia conclamata, c' inducono a far la diagnosi di demenza precoce. Questi, com' è noto, sono i segni profondi, le stigmate certe proiettate dalla psicopatia, rivelanti il notevole dissolvimento della personalità psichica del demente; ma nello studio del demente precoce vi è un elemento ancora poco studiato, una ricerca assai sottile a farsi, che stabilisce la diagnosi della malattia anche quando il quadro di questa non è ben chiaro e certamente apprezzabile.

Vi sono casi in cui l' individuo presenta integri i poteri di assimilazione; tutto ciò che dall'ambiente arriva a lui è assimilato bensì,

entra a far parte della propria coscienza, ma manca all' individuo la esatta reazione a questi stimoli, e più l' interesse a giustamente reagirvi. Sicchè diviene sempre più sensibile ed evidente il distacco fra l' individuo e l'ambiente, ed i rapporti tra l' io ed il mondo esterno sono alterati nel senso, che mentre il soggetto è conscio di quanto si svolge attorno a lui e lo assimila, e fino ad un certo punto, analizza e discrimina quanto dall' esterno arriva, è invece inconscio di sè, diventa estraneo al proprio io, in quanto esso è in rapporto con l'ambiente; cioè è alterato il giudizio subiettivo tra sè e l' ambiente in quanto l' individuo sente che non il mondo esterno gli è estraneo, ma sè stesso al mondo esterno ed agli avvenimenti, che questo prepara.

Questa lenta e graduale separazione tra l' individuo e l'ambiente, questo progressivo disinteresse al mondo esterno pel quale l' ammalato non sa o non può trarre vantaggio da quanto percepisce ed assimila e non può ricondurre i prodotti di assimilazione e di percezione ad elemento e base di vita psichica e sociale, verrebbe dall' URSTEIN chiamata *atassia intrapsichica*, e sarebbe l' avviso più sottile, dell' annunziarsi e del continuo progredire della demenza precoce semplice.

Nella demenza precoce frenastenica o sub-sequens o comitans la difficoltà diagnostica è rappresentata da altre ragioni; si verifica pel fatto, come bene dice il DE SANCTIS, che ancora troppo si è abituati a veder nei frenastenici fasi di eccitamento o di depressione, episodii deliranti apparire transitoriamente sul quadro della malattia prima, sicchè sfugge il controllo, il più delle volte, sul lento decadere della mentalità di questi individui che deve invece attribuirsi a causa più grave e più stabile.

È notevole infatti l' improvviso cambiar di condotta di questi individui con l'annunziarsi della demenza; il ricusare dell'abituale lavoro, il facil mutar di contegno con le persone che abitualmente li circondano, la dissociazione rapida e profonda del modestissimo patrimonio mentale, il cadere dei sentimenti affettivi, la presenza di ecofenomeni, gli episodii di manierismo e negativismo, sono tutti sintomi che s' innestano sul quadro della frenastenia, ad essa si associano se pur non ne annunziano l'esito terminale.

La differenza starebbe dunque in ciò: che mentre nel demente semplice la personalità si disinteressa dell' ambiente che l' avvolge e

lentamente si sottrae a qualunque attività che potesse implicare uno sforzo o un interesse, il demente precoce frenastenico che già scarsamente percepisce e scarsamente discrimina, agli stimoli risponde in modo falso o esagerando la reazione, o servendosi per questa di mezzi inadatti. Mentre nel demente precoce semplice l'attività volitiva è profondamente e prima di tutte lesa e più tardi quella intellettiva, nel demente precoce frenastenico si verificherebbe rapidamente una profonda disarmonia tra l'attività emotiva e quella intellettiva pur tenendo conto dello scarso sviluppo di questa.

Alla demenza precoce frenastenica darebbero largo contributo non solamente quei soggetti (*imbecilli di secondo grado, tardivi e deficienti*) nei quali durante lo sviluppo pubere sono rilevabili i segni della sopravvenuta malattia, ma anche gli eboidofrenici, i pazzi morali che fanno osservare note stabili di disformità nella vita sociale, manchevolezze o deficienze rese più manifeste nel periodo della evoluzione pubere, disarmonia tra l'attività intellettiva e volitiva, e quel numeroso gruppo dei cosidetti " semplici di spirito " formanti l'aristocrazia dei frenastenici, che sortirono dalla natura organizzazione e struttura cerebrale senza resistenza, nei quali l'originario difetto della personalità e la invalidità congenita, danno il terreno più favorevole all'insorgere di sintomi demenziali, coi quali, come ben dice il De Sanctis, si chiude il quadro della frenastenia.

E il De Sanctis osserva altresì: « L'anatomia patologica dice che « accanto ad alterazioni facili a trovarsi in cervelli degli amenti e dei « malinconici, d'accanto ad alterazioni del sangue si son trovate modi- « ficazioni morfologiche e strutturali della corteccia cerebrale di più « netto valore, come ipoplasie, atrofie, deviazioni di sviluppo, localizza- « zioni specifiche negli strati corticali più profondi specialmente nelle « aree associative, atrofia, degenerazioni cellulari (Alzheimer, Lugaro). « Or bene mi par difficile spiegare certe alterazioni strutturali e certe « localizzazioni specifiche, senz'ammettere una particolare e forte dispo- « sizione del cervello dei dementi precoci. È più razionale il pensare « che la demenza precoce sia una psicosi ad unica patogenesi e ad uni- « ca etiologia, che colpisca in varia misura e con differente rapidità « l'organismo ancora in evoluzione.

« Il demente precoce potrà pagare a lunga scadenza il suo debito « costituzionale, ma non lascia percio di essere un predestinato ed i se-

« gni del suo destino, ricercandoli bene, si trovano perfino nella sua « fanciullezza. »

D'accordo col De Sanctis nell' invocare per la demenza precoce la unicità della patogenesi e della etiologia, io non so perchè debba poi assegnarsi autonomia clinica alla demenza praecox frenastenica, che, a quanto Egli stesso afferma, rappresenterebbe l'esito di quella preesistente deficienza strutturale e morfologica del cervello, che accompagna gli individui a mentalità vesanica od eboidofrenica. È un fatto, ormai generalmente ammesso, che la demenza precoce si manifesta assai facilmente tra gl' invalidi originarii, ed è certo che se un accurato esame fosse sempre possibile sull'anamnesi individuale dei dementi precoci noi troveremmo molto spesso i segni premonitori della malattia che dava già manifestazioni appariscenti sulla difettosa organizzazione mentale.

Il W. Plaskuda in un suo recente lavoro, chiama la Demenza precoce frenastenica: *Ebefrenia da innesto*; Egli indagando nelle storie cliniche dei suoi 15 individui esaminati avrebbe rinvenuto che gli ammalati nell'adolescenza avevan male studiato, commettevano errori grossolani di calcolo, nella scuola rimanevano inerti e dai loro maestri come nel loro ambiente eran considerati come deboli di mente. Sul fondo di questa imbecillità si è poi, presto o tardi, impiantata la demenza precoce fra i 20 o 30 anni; e conclude con l'affermare che allorquando la demenza precoce si sviluppa sul fondo di una lieve imbecillità originaria, non presenta alcun fenomeno clinico particolare nel decorso ed esito.

L' autonomia clinica, io penso debba essere accordata a nuove entità cliniche di cui ben chiare siano la patogenesi, il decorso e l'esito e che abbiano nettamente differenziabili da altre malattie i sintomi o la sindrome onde se ne caratterizza tutto il quadro nosografico.

Nella demenza precoce frenastenica, cioè in quelle manifestazioni demenziali che si complicano o conseguono o si sovrappongono alla frenastenia, la sindrome clinico-nosografica per nulla differisce da quella della demenza precoce semplice, e solo l'anamnesi ci avverte e ci fa sicuri della presistente originaria deficienza mentale; la quale per altro é anche rilevabile dal patrimonio mentale, che, alterato più o meno, o del tutto dissociato, vien dall'ammalato proiettato all'esterno; e che rivela gli scarsi acquisti ond' è formato il modesto appannaggio

della personalità psichica, che risulta così al disotto della media. Lo sviluppo psichico al di sotto della media, nei dementi precoci, fu rinvenuto dal DIEFENDORF, SERIEUX, ASCAFFENBURG, ZIEKEN, VEYGANDT, i quali osservarono adolescenti con lieve ma rilevabile insufficienza mentale, decadere poi progressivamente all'epoca puberale.

Dai casi da me studiati io vado formandomi il concetto che il normale livello mentale nei dementi precoci sia più raro di quanto non affermi il SERIEUX, e che invece sia più elevata la percentuale di quegli ammalati nei quali l' insufficienza mentale è facilmente apprezzabile.

Ma sia la guida anamnestica, sia l'esame del grado di coltura, come del carattere individuale, tutto ciò è affidato al criterio ed all'esperienza del clinico, ed a quel senso di prudente riserbo ed accorgimento, che nello studio dell'ammalato dev'esser norma precipua e che solo può far cogliere i caratteri differenziali tra la forma frenastenica della demenza precoce, nella quale l'ammalato si rivela per la puerilità del contenuto mentale, e la semplice; sebbene nell'un caso e nell'altro vi sia una originaria invalidità mentale più o meno marcata e l' influenza di una intossicazione che si manifesta per lo più nel periodo della evoluzione pubere.

Con ciò, io credo, non solo non si allarga il concetto della demenza precoce, ma non si attenta nemmeno alla unità clinica della malattia così come nel suo insieme è stata descritta da KRAEPELIN e dalla sua scuola. Perchè, se è vero che al concetto clinico delle sindromi demenziali risponde quello anatomo - fisiologico dell' isolamento avvenuto della cellula, sicchè ne risulti fiaccata in modo definitivo la funzione dei centri e delle connessioni psichiche, non è azzardato pensare che offra più facile campo alle alterazioni, nei diversi territorii della corteccia, quel cervello che già originariamente fu compromesso, come si verifica facilmente nei frenastenici biopatici.

Cosicchè, concludendo, a me non pare che debba elevarsi la demenza precoce frenastenica al rango di entità morbosa, per sè stante, ed accordarle anche autonomia clinica; per i criterii esposti credo invece debba entrare a far parte del gran quadro della demenza precoce.

∴

Io ho potuto studiare e seguire diciotto ammalate nelle quali chiaramente la demenza precoce si associò, durante il periodo puberale o poco dopo, ad un preesistente arresto di sviluppo mentale; coi segni della sopravvenuta malattia che ne rendeva incompatibile la vita in famiglia e nella società, furono queste ammalate ricoverate in Manicomio. Di esse alcune, in numero di tre, ebbero nella fanciullezza e nell'adolescenza imponenti manifestazioni di *eboidismo*, con note di grave immoralità costituzionale, cosicchè si potrebbero definire vere e proprie delinquenti minorenni, che più tardi con l'iniziarsi del periodo mestruale, presentarono la sindrome ebefrenica della *demenza precoce*, con la quale fu più notevole il distacco e la disarmonia fra la sfera intellettuale e l'attività affettivo - volitiva.

Ne traccio brevemente la storia che presenta particolare interesse.

Clem. Maria — nata a Recanati — di anni 16 — Ammessa in questo Istituto il 24 dicembre 1909. Ha il padre vivente e sano; la madre pare sia affetta da neurastenia cerebro-spinale ed ha bisogno di speciali riguardi e cure. Non potendo la nostra inferma esser nutrita dalla madre, fu affidata, bambina, ad una nutrice; venne su macilenta, con segni di rachitismo, sicchè le furono apprestate le cure ricostituenti più diligenti ed accurate. Fin dalla tenera età (è il padre che me ne scrive) si manifestarono nella ragazza istinti assolutamente *perversi* da impensierire (anormalità di contegno e di carattere dell'inferma). Le più strane bugie, un desiderio di far del male, il facile furto, la incorreggibilità, ne fecero subito di lei un soggetto insocievole, sicché fu rinchiusa in Istituti di correzione. In tutti questi Istituti commise tali e tante cattiverie, e fu così poco adattabile all'ambiente, che, dopo poco tempo ne veniva cacciata; a casa era insopportabile, del tutto ribelle, rompeva quanto le capitava fra le mani per puro capriccio, batteva gli altri fratelli ed una volta con un colpo di bastone ruppe la testa ad una persona di servizio.

Sessualmente si sviluppò assai presto, sicché divenne di cattivo esempio ai fratelli e la povera madre fu costretta a non uscir di casa per 4 mesi, onde esercitare attiva sorveglianza sulla ragazza che minacciava continuamente di uccidersi, di incendiar la casa, di fuggire.

Il padre così seguita nella sua relazione: Tutto ciò che si puó immaginare di più perfido esiste in mia figlia: simulazione raffinata, bugiarda, ladra: tutto ciò che pensa deve porlo ad effetto, ciò che vede ruba o distrugge: sfida tutto: intemperie, disagi, privazioni; in seguito a disposizione del Procuratore del Re venne inviata da Bari, dove dimorava, in questo Istituto.

Esame obbiettivo

Ragazza di costituzione fisica piuttosto valida, cute di colorito pallido. La figura fisica, nel suo assieme, appare euritmica; ha capelli abbondanti e bruni, occhi piccoli. Dentatura sana, l' impianto dei denti è regolare, non si osservano diastemi; è di altezza regolare per la sua età e lo sviluppo fisico è normale. Non presenta nell' assieme, note degenerative somatiche degne di rilievo.

Misure. Statura m. 1. 70- Circonferenza del cranio alla base mm. 500. Curva longitudinale 290. Curva trasversale 270. Diametro antero posteriore massimo 180. Diametro trasverso massimo 160. Altezza della fronte 50. Indice cefalico 88, 88. Faccia altezza 110, larghezza 100. Diametro mandibolare 100. Tipo del cranio brachicefalo.

L' esame fisico non rileva alcun che di notevole; l' esame del sistema nervoso è incerto perchè la giovane non si presta ai varii modi di esame. Ci riesce però nell' esame della sensibilità a sorprendere un certo grado di ipoestesia alle braccia che diviene più rilevabile alla faccia.

Esame psichico

Tolgo dal diario:

26 - 12 '909. La giovane inferma si lamenta di dolori di testa in forma accessionale; dichiara che le é piaciuto il vino e si é ubbriacata qualche volta. Appare lucida e del tutto orientata nell' ambiente, serba un contegno rispettoso col medico e col personale di cura; resiste assai poco al lavoro, sicchè smette subito anche una occupazione leggiera e che può riuscir piacevole ad una giovinetta. Ha vive tendenze ludiche invece ed occupa così il suo tempo, svogliata, distratta, scherzando come meglio le riesce.

La mentalità dell' inferma appare assai poco sviluppata ; specialmente scarsi e mal conformati i poteri critici, inattivi del tutto, sicchè l' inferma mal riesce a distinguere il bene dal male, l' illecito dal lecito se non per nozioni morali apprese con mezzi correttivi energici, più che per veri e propri sentimenti morali. Sono, in conseguenza, assai scarsamente sviluppati i sentimenti affettivi, sicchè l' inferma può vivere tranquillamente e senza rimpianti lontana dalla famiglia, solo curando l' estetica personale, che si riduce poi all' accurata acconciatura dei capelli. È discretamente fatua.

6 1 '910. Pochissimo disciplinata ed affatto educabile, la giovane inferma risponde male al più modesto consiglio, svogliata molto, passa l'intèra giornata senza occuparsi, curando la sua acconciatura, scherzando come

le riesce. Sebbene desideri di tanto in tanto andar via, tuttavia pare adattata all' ambiente; non si trattiene con le altre ammalate, da qualcuna di esse trae quel tanto che può riuscirle utile a passare il tempo; capricciosa e vanitosa non riesce facile governarla senza che non si ribelli anche con cattive parole.

8 I '910. In quest' ammalata, la scarsa educabilità dei sentimenti affettivi e morali si ricongiunge allo scarso sviluppo dei poteri critici o discriminativi e ad una lesione grave della volontà; ma la percezione, l' associazione ideativa, la memoria anche si compiono quasi regolarmente. Fa osservare manierismi, episodii negativistici, opposizione al comando, reazioni improvvise, ecofenomeni.

Febbraio '910. Dalla relazione avuta dal padre dell' inferma risulta chiara la diagnosi della malattia, la quale se dal Medico si fosse potuta sorprendere nella età più tenera dell' inferma, avrebbe condotto a formulare la diagnosi di Dementia praecox precocissima; ma sorpresa com'è oggi, cioè all' età di 16 anni, bisogna contentarsi di far la diagnosi di dementia praecox phrenastenica. Sono notevoli in quest' inferma i contrasti più stridenti; inveisce a parole contro il padre e la madre ed invoca questa con le parole più dolci talvolta; erotica molto, ha manifestazioni strane di pudore fino a rifiutarsi di passar la visita del Medico; si abbiglia in modo strano e tiene molto all' acconciatura dei capelli, ma s' insudicia subito le vesti, distendendosi a terra per delle ore in completa inerzia.

Aprile '910. Vorrebbe vagare di continuo; attacca brighe facilmente, usando un linguaggio scorretto, commette dei piccoli furti in Sezione. Condotta disordinata, spiccate note di amoralità, rifiuta il lavoro, della famiglia non s' incarica, sembra adattata del tutto all' ambiente.

Da quanto si rileva dai diarii riportati e dalle notizie inviate dal padre a noi, nonchè dall'aver seguita le manifestazioni psichiche dell' inferma dacchè fu ricoverata nel nostro Istituto, il quadro mentale che ne risulta appare facilmente diagnosticabile, e riassumendo i dati dell'anamnesi, e quanto riguarda la storia clinica dell' inferma, possiamo osservare: il contegno variabile di lei, e più volto al disordine ed alla scorrettezza, la nessuna efficacia degli avvertimenti, l'ozio al quale volentieri si abbandona, le tendenze ludiche vivissime, oltre a ciò diminuito è anche il senso morale, spenti i sentimenti affettivi fino al punto di non chiedere più notizie del padre e della madre e, non di rado, rivolger loro le ingiurie più volgari.

La percezione nell' inferma è scarsa ed è limitata alle cose più elementari; riconosce le persone che le stanno intorno, ma ha acqui-

stato assai tardi la nozione del luogo ove si trova nè si preoccupa della sua condizione.

La memoria, sebbene non sia lacunare, tuttavia si compie con notevole ritardo, nel senso che l'ammalata non rievoca ordinatamente e prontamente gli avvenimenti della sua vita, che pure furono clamorosi e dovettero ben fermarsi nella sua coscienza ma ha bisogno di frequenti e grossolani punti di ritrovo. La ideazione è poverissima e limitata e rivela tutto lo scarso sviluppo della mentalità della inferma che è fatta di immagini povere e concrete, non é riuscita ad imparare la lettura e la scrittura, malgrado che sia stata in tante case di correzione; l'associazione ideativa è assai scarsa e si compie lentamente. Su questo fondo si sono avuti, forse col comparire delle mestruazioni, i sintomi della demenza precoce con gli episodii di negativismo, d'impulsività, riso immotivato, opposizione al comando, automatismi e sopratutto la caratteristica lesione della sfera volitiva.

D' Ambr. Mar. Gius. nata a Gildone (Campobasso). nel 1882, ammessa in questo Istituto il 27 aprile 1905.

Poco è noto dell' anamnesi familiare dell' inferma; si sa solo che la nonna materna ebbe pessima condotta; girovagava di paese in paese dispensando le sue grazie fino a che divenne la mantenuta di un individuo; la madre della giovane, appena mortole il marito, si diede alla vita più laida, sicche a 10 anni appena la D'Ambr. fu allontanata di casa. L' inferma ricorda che bambina, era spesso battuta dalla nonna, specialmente con pugni sul capo, e perciò, ella soggiunge, *son divenuta mezza scema*. Dalla modula informativa risulta il notevole difetto di sviluppo mentale, che, d'altra parte, è rilevabile anche ad un esame affrettato. Fu iniziata assai presto nella via della prostituzione, sicché costretta ad andare in giro da paese in paese con un pianino, diveniva subito la facile preda di tutti; rinchiusa nelle carceri, imparò colà atti di tribadismo, che poi cercava praticare in Manicomio, facendosi perciò sottoporre a speciale sorveglianza nel nostro Istituto.

ESAME FISICO

Ha robusta costituzione fisica, ed é, nell' assieme, una bella figura di donna, ha capelli abbondanti e di colorito castano scuri. Dentatura sana, denti bianchissimi e ben conformati, è alta piuttosto.

Misure: Circonferenza del cranio alla base mm. 500. Curva longitu-

dinale mm. 500. Curva trasversale mm. 180. Diametro antero - posteriore massimo mm. 165. Diametro trasverso massimo mm. 140. Indice cefalico 84, 84. Altezza della fronte 60. Faccia. Altezza 150. Larghezza 110. Diametro mandibolare 100.

Esame Psichico

Rilevo dai diarii.

2 Maggio 1905. Ha contegno rispettoso, ma all' interrogatorio fa osservare subito la gracilità della sua costituzione mentale; fatua molto, cerca di abbigliarsi nelle fogge più strane per suscitare l' attenzione degli altri.

Racconta con certo intimo compiacimento tutto il suo passato, non riesce ad apprezzare la sconvenienza di certi atti, ai quali qui si abbandona. Può dirsi che sia in lei notevolmente difettoso ogni sentimento etico; non riesce ad occuparsi in qualsiasi modo, ozia tutto il giorno nè è possibile indurla al lavoro. È lucida, orientata nell' ambiente al quale par si adatti lentamente, nessuna manifestazione di sentimenti affettivi.

23 maggio. Questa ammalata da circa cinque giorni è entrata in una fase di mutacismo, accompagnata da altri fenomeni di negativismo; non vuol levarsi dal letto, si ciba scarsamente, rifiuta qualsiasi risposta alle domande rivoltele.

30 Maggio. Ritorna a prender parte alla vita della Sezione, cercando la compagnia delle altre ammalate; erotica molto, la vista del Medico la eccita e cerca di accostarsi a lui più di quanto non convenga. Ha bisogno di esser sorvegliata, perchè durante la notte va a ficcarsi nel letto delle altre ammalate. Sa di trovarsi al Manicomio e vi si è del tutto adattata. Non mostra alcun desiderio di lavorare.

Luglio. È necessario passarla in altra Sezione. Accanto od in concomitanza dello scarso sviluppo mentale, vi è notevole difetto di sentimenti morali, e la mancanza di ogni attitudine al lavoro, nonchè la mancanza di ogni interesse a quanto si svolge attorno a lei.

Passa in altra Sezione.

E dai diarii successivi risultano note evidenti di manifestazioni morbose sopravvenute sull' originaria deficienza mentale. Impulsi immotivati, fasi di negativismo, facile eccitabilità e reazioni talvolta esagerate anche agli stimoli più lievi; assoluta ineducabilità al lavoro, adattamento notevole all' ambiente, sentimenti affettivi del tutto assenti, tendenza all' imitazione, riso immotivato.

Attualmente permane nell' ammalata la reazione immotivata, la facile distraibilità, i manierismi, e sopratutto il completo disinteresse a quanto si svolge attorno a lei; non riesce possibile abituarla al lavoro anche lie-

ve; dopo due o tre giorni si rifiuta continuarlo senza alcun motivo, nè vi si presta per parecchio tempo. Si abbiglia talvolta in modo strano, cercando di farsi notare fra le altre; nessun sentimento affettivo si riesce a sorprendere nell'inferma, la quale come si è detto, sa di trovarsi in Manicomio ed ha la memoria ben conservata.

Milan. Nat. da Gioia del Colle, di anni 25, ammessa nel nostro Istituto il 15 novembre 1908.

Dalla modula informativa risulta che il padre della giovane fu dedito al vino e sposò in età piuttosto inoltrata; dal lato materno non si hanno notizie. La bambina fu un pò tardiva e inoltrandosi negli anni ebbe tendenza ad ubbriacarsi. Sedotta da un giovine fu poi da costui abbandonata; verso i 18 anni si manifestarono in lei segni evidenti di un profondo cambiamento di carattere; divenne eccentrica, vagabonda, aveva in casa frequenti litigi con la madre, che minacciava spesso di morte, disturbava il vicinato, specialmente di notte, pel chiasso che faceva. Si fu costretti ricoverarla nel Manicomio. Qui dimostrò subito una notevole inadattabilità all' ambiente, sicchè aveva facili esplosioni reattive, specialmente quando si cercava non farla abbigliare nel modo strano che essa prediligeva.

Esame Fisico

Circonferenza del cranio alla base mm. 510.— Curva longitudinale 290 — Curva trasversale 200 — Diametro antero - posteriore massimo 185 — Diametro trasverso massimo 155 — Altezza della fronte 60 — Indice cefalico 83, 68 — Faccia. Altezza 110 — Largezza 110 — Diametro mandibolare 90 — Tipo del cranio sub-brachicefalo — Niente di notevole all' esame del sistema nervoso.

Esame Psichico

Esso rivela subito una notevole gracilità di sviluppo mentale nella ricoverata; anche nei giudizi più grossolani rivela un certo grado di infantilismo che si rende più notevole pel modo come si occupa durante la giornata e per la viva tendenza ad abbandonarsi agli scherzi più puerili. Della sua condizione speciale, fattale dal suo innamorato che dopo sedottala, si rese irreperibile, la ricoverata non pare che se ne occupi; ne parla come di affare che non le appartenga.

Fatua molto, crede di essere bellissima; ritiene che il fidanzato le ab-

bia scritta una canzone che tutto il paese canta, e che tutte le altre giovanette abbiano invidia di lei.

Tolgo dal diario:

18 11 '908. Dopo quattro giorni di degenza in Manicomio si è improvvisamente agitata; ha cominciato ad inveire contro tutti senza alcuna ragione apparente facendo altresì osservare qualche episodio di negativismo.

30 11 '908. Persiste e si è reso più palese il periodo di negativismo; l' ammalata si alimenta scarsamente.

10 12 '908. É quella che più dà da fare nella sezione, si bisticcia continuamente per futili motivi. Capricciosa. Fa osservare qualche disturbo sensoriale.

Aprile 1909. É tuttora in fase di agitazione. Grida, piange, impreca contro tutti, si dice maltrattata dal personale di custodia.

Dicembre 1909. L' ammalata si va mano mano riordinando nella condotta, e si adatta a qualche lavoro. Cerca di farsi notare fra le altre per la sua acconciatura, ed ha un aria civettuola, con che vorrebbe riuscire interessante.

Febbraio 1910. Ha smesso subito quel pò di lavoro che l'occupava in qualche ora del giorno, e passa tutta intera la giornata oziando completamente. Della famiglia non s' interessa, come non s' interessa in alcun modo a quanto si svolge intorno a lei.

Di tanto in tanto mostra il desiderio di tornare a casa, ma più per ripetere quanto sente dalle altre ammalate e per unirsi al coro di queste, che pel bisogno di rivedere i suoi e di vivere fuori dell' ambiente manicomiale.

È tranquilla; ha bisogno però di essere sorvegliata per qualche atto di erotismo che è episodico.

Nell' attuale periodo della psicopatia è più apprezzabile l'originario difetto di sviluppo mentale e lo scarso appannaggio onde fu sviluppata la sua personalità psichica. Questa si addimostra gracile nei giudizii, e negli apprezzamenti infantile, tarda nel percepire e superficiale nell' associazione ideativa, l' attenzione è torpida molto.

Io ho voluto innanzi tutto studiare un piccolo gruppo di tre ammalate, nelle quali i sintomi di eboidismo si manifestavano fin dalla fanciullezza.

Il concetto che degli Eboidi si ha tuttora in psichiatria, concetto pervenutoci da Kalhlbaum, caratterizza e definisce la personalità psico-sociale di quest'individui, che fin dalla fanciullezza, o dall'a-

dolescenza, dànno manifestazioni cospicue di asimmetrie affettive, che non di rado preoccupano anche il più superficiale osservatore.

L'eboidofrenico, com'è noto, è un immorale od un amorale, ed accanto od in concomitanza dello scarso sviluppo di sentimenti etici, vi è l'arresto di sviluppo mentale, da che risulta una personalità infantile, facile alla violenza, non facilmente corregibile, la quale, il più delle volte, rappresenta il terreno d'incubazione di una psicosi che più tardi potrà svilupparsi.

Ciò avea con altri osservato già il Tanzi; Egli avea cioè intravisti fra quelli che chiama « immorali costituzionali » dei deboli di mente, candidati alla demenza precoce, i quali *per eccesso di bisogni* hanno fin dall'infanzia *capricci violenti e reazioni iperboliche.*

Nelle mie tre ammalate le manifestazioni di demenza precoce, comparse nell'età pubere, ebbero un periodo prodromico piuttosto lungo e si appalesarono meno con la disgregazione del modesto patrimonio mentale e più con la improvvisa e grave esagerazione dell'abituale disordine della condotta.

Negli eboidofrenici, colpiti da sintomi demenziali, non è rapido l'indebolimento mentale; gli eboidi raramente fanno osservare un progressivo diminuire della intelligenza; e, come nei dementi precoci semplici, il soggetto è colpito prima nella sfera volitiva, facendo osservare subito note evidenti di *disbulia,* di *parabulia* o di completa *abulia.*

In questi ammalati perciò urge l'indagine non solo sul patrimonio mentale già formatosi od in via di formazione; ma anche, e forse più, sulle prime manifestazioni della immoralità, che rappresentano quasi sempre l'avviso lontano e precoce della malattia, con la quale più tardi vengono ricoverati in Manicomio. Perchè, se é vero, che il difetto etico trovasi quasi sempre in concomitanza con un difetto di sviluppo mentale, è più facile rintracciare nell'anamnesi remota dell'ammalato, notizie riguardanti i disordini morali e della condotta, i quali più impressionano i genitori od i maestri; mentre l'intelligenza, sviluppandosi normalmente fino ad un certo periodo della evoluzione, si arresta gradatamente più tardi, mascherando in certo modo l'originaria gracilità.

Ecco perchè a me pare, che quelli che il Tanzi annovera, fra gl'immorali costituzionali, diano il maggior contributo alla demenza precoce frenastenica; giacchè la immoralità costituzionale manifestan-

tesi come anomalia psichica e dalla quale si genera più tardi la delinquenza non va mai scompagnata da un arresto più o meno notevole della mentalità. Negli immorali costituzionali si manifestano assai presto i segni più gravi e certi di eboidismo che in ultima analisi, com'è noto, non rappresentano se non la forma frusta o attenuata della ebefrenia; sono quest'individui precisamente che fanno osservare quelli che il De Sanctis chiama *arresti o regressi educativi*, segni premonitori della sorte che li attende.

Ho già detto che nei soggetti studiati e pei quali, l'anamnesi rileva note di eboidismo nella fanciullezza o nell'adolescenza, e nei quali si manifesta durante la evoluzione pubere la demenza precoce, anche la caratteristica lesione della volontà si annunzia col manifestarsi dei sintomi di eboidismo.

A me pare assai notevole questo fatto, in quanto può essere in rapporto di causalità con questi arresti o regressi educativi notati dal De Sanctis in fanciulli frenastenici; notevole anche perchè sono a mio avviso, precisamente questi individui che, se affetti più tardi da demenza precoce, resistono più a lungo all'azione dissociatrice della psicopatia, in ciò non differenziandosi dai dementi precoci semplici, nei quali anche com'è noto, la volontà è prima ad esser lesa.

Il disordine della condotta, che s'inizia assai presto negli eboidofrenici, dev'essere in rapporto con la originaria deficiente funzione della volontà e dei sentimenti affettivi; di qui anche la difficile educabilità di questi soggetti, e sopratutto le esagerate reazioni agli stimoli ambientali e la intolleranza per tutto ciò che implica uno sforzo volitivo; questi casi sono molto affini alla demenza precoce semplice; la distinzione viene data come ho detto dall'anamnesi, specialmente in quanto questa rivela l'improvviso annunziarsi ed il progressivo affermarsi di un difetto etico, col quale sorge subito e si conclama il contrasto tra l'individuo e l'ambiente.

Tra i casi da me osservati di *Demenza precoce frenastenica*, v'è quello di una giovanetta a 17 anni, nella quale la psicopatia divenne più evidente dopo una grave malattia infettiva:

Ped. Mar. Nic. fu Luigi, da Molfetta, nata nel 1° Gennaio 1892, veniva ricoverata nel nostro Istituto il 1° Dicembre 1909. Il padre era neuropatico (così risulta dalla modula informativa) ed artritico; non si hanno

notizie sul conto della madre. — Nata normalmente crebbe sana e florida sorpassando le comuni malattie dell' infanzia. — Più tardi si mostrò tarda nell'apprendere, alquanto svogliata al lavoro, un po' disordinata nella condotta abituale, torpida nei movimenti, ma tuttavia governabile in casa; due mesi prima che venisse ricoverata, e cioè nell' ottobre del 1909 ebbe a soffrire di meningo - tifo, dopo di che la giovanetta divenne disordinata e pericolosa al punto da dover essere rinchiusa in Manicomio. Qui arrivò in una fase di grave agitazione psico - motoria, disordinata fino a lacerare le vesti, in minuti brandelli, coprolalica e impulsiva; notevolmente confusa, disorientata nell' ambiente, ebbe, non di rado, bisogno di qualche mezzo di contenzione.

Esame fisico

Circonferenza cranica alla base mm. 500: — Curva longitudinale 290 — Curva trasversale 250 — Diametro antero-posteriore massimo 150 — Altezza della fronte 60 — Indice cefalico 83, 33 — Capacità cranica 1190: — Faccia. Altezza mm. 110 — Larghezza 200 — Diametro mandibolare 100.

Diario clinico:

15 12 909. La inferma è sempre clamorosa, disordinata nella condotta e disturbatrice delle altre ammalate. Da che trovasi qui ricoverata non ha acquistata alcuna nozione del luogo e delle persone vicine e si è adattata del tutto alla nuova dimora. Scarsi i sentimenti affettivi.

3 1 910. L' inferma è sempre irrequieta e disordinata, la ideazione è notevolmente confusa, non si riesce a farle dare un risposta esatta così é facile a distrarsi e a seguire il corso delle idee del tutto estranee; pronta alla reazione vivace ed improvvisa é divenuta difficile a governarsi senza contenerla in qualche modo.

Marzo 910

L' inferma tende a migliorare lentamente: appare meno eccitata, reagisce con minor violenza agli stimoli esteriori: si va lentamente orientando nell' ambiente e diviene di giorno in giorno più governabile e più affettuosa. Anche la ideazione si va riorganizzando in quanto la memoria si riordina lentamente, e l' inferma va acquistando la nozione del luogo e del suo stato. È sempre manierata però ed ancora permangono le improvvise reazioni che sono meno violente ed una notevole opposizione al comando.

Aprile 910.

Continua il progressivo miglioramento dell' inferma. La Ped. è divenuta più tranquilla, si occupa in qualche lavoro, ma è ancora alquanto svogliata; nella condotta appare più disciplinata e corretta. In questo periodo risulta più evidente il fondo d' insufficiente sviluppo mentale e un discreto difetto di critica, una tinta di erotismo piuttosto apprezzabile. É più socievole, e passa volentieri il suo tempo con le compagne, anche prestandosi per qualche lavoro in Sezione.

Maggio 910.

Notevolmente migliorata, la Ped. desidera far ritorno in famiglia. Le condizioni mentali pur non essendo completamente reintegrate, sono però tali da consentirne la convivenza tra persone che le sono affezionate e che possono esercitar su lei una vigilanza discreta.

Residua, dopo il periodo florido della psicopatia, una evidente gracilità di sviluppo mentale, e qualche episodio di manierismo.. L'ammalata non si rende esatto conto del luogo dove si trova ed al quale si è lentamente adattata, sebbene reclami di andar via; nè apprezza giustamente quanto si é svolto intorno a lei, nel tempo che fu qui ricoverata. Esce in esperimento.

Questo caso differisce notevolmente dai tre studiati precedentemente; qui l'anamnesi più accurata non rivela che l'eredità neuropatica della giovanetta, ma nessuna traccia d'immoralità, nè segni di eboidismo fino alla sopravvenuta malattia infettiva. Lo sviluppo mentale si compie in modo quasi normale nella inferma, che si mostra nella scuola, come nella famiglia, di intelligenza poco lontana dalla media ; alquanto prima di esser colpita da una malattia infettiva si notano lievi disordini della condotta ed un certo cambiamento nelle abitudini della giovanetta; sorpassata questa, si hanno i segni evidenti e grossolani della psicopatia, sicchè s'impone l'invio della giovane al manicomio.

Avea già notato l'Urstein come molti casi di Dementia praecox praecocissima si manifestino in individui, tarati nell'eredità, ma che però si svilupparono normalmente fino ai 14 anni; dopo una malattia infettiva si resero più evidenti i sintomi della psicopatia, e l'A. è portato a credere perciò che molti casi di idiozie e di paralisi cerebrale infantili debbano attribuirsi e far parte del quadro della demenza precoce.

Discuterò alla fine del presente lavoro i criterî che muovono l'URSTEIN a formulare questo giudizio; nel caso da me studiato, è necessario qui dire, i sintomi presentati dalla Ped. rivelarono subito il periodo florido della psicopatia con una sintomatologia imponente di agitazione motoria e disgregazione notevole del pensiero.

Dirò, a questo proposito, che tutti i percepiti formanti il patrimonio mentale più recente della giovane, tutto ciò che rappresentava acquisti di scuola o dell'ambiente familiare e perifamiliare, dissociati e disgregati, venivano proiettati dall'inferma; motivi di recenti canzoni, versi di poesie popolari, ricordi di avvenimenti che maggiormente la interessarono, formavano un confuso groviglio di idee e di parole; nella fase di calma, quando furono migliorate le condizioni mentali dell'ammalata, i motivi, i versi, i ricordi erano completamente spariti dal suo patrimonio mnemonico; l'inferma non conservava più alcuna immagine mnemonica di tutto ciò, che avea acquistato prima della malattia infettiva mentre ricordava discretamente tutto il disordine al quale si era abbandonata durante il periodo acuto, florido della psicopatia.

Qui la malattia infettiva ha contribuito a mettere in rilievo ed a rendere più rapido lo svolgersi di una psicopatia che già si annunziava nella giovanetta, per segni appena apprezzabili come il lieve mutar di contegno e di condotta, il disinteresse all'abituale lavoro ecc. Se non che mentre la formazione del patrimonio mentale appariva compiersi in modo quasi normale, era però evidente il fatto che la Ped. restava bambina malgrado il progredire nell'età, mostrandosi, come si è rilevato nella storia, assai tarda nell'apprendere in famiglia e nella scuola, non abbandonando quelle tendenze ludiche proprio dell'infanzia, in vivo contrasto con l'età che essa avea; la gracilità mentale originaria era dunque evidente, ed il quadro patologico sopravvenuto durante la evoluzione pubere della ragazza, dimostra all'evidenza quanto sia facile l'innesto di una psicopatia a decorso sub-acuto sul terreno di una originaria gracilità mentale, anche lieve come il caso descritto fa osservare.

∴

Nel gruppo che segue, di 14 ammalate, la demenza precoce si sviluppò sul sostrato della frenastenia, in diverse epoche della vita, ma non più tardi del 25 anno; e tutte vennero ricoverate in Manicomio per la sopravvenuta malattia, che ne rendeva incompatibile la ulteriore convivenza nella famiglia e nell'ambiente perifamiliare. In quanto alle manifestazioni della nuova malattia, queste non differirono per nulla da quelle che abitualmente si hanno nella demenza precoce semplice: fasi di intensa agitazione psico - motoria o di lieve eccitamento, periodi di depressione, episodi deliranti nei quali rivelavano tutta la povertà del patrimonio mentale ed il notevole difetto di critica, episodii di negativismo ecc.

Qui è da notarsi il fatto che in questi ammalati nei quali più notevole è il grado di frenastenia si osservano costantemente e sole le manifestazioni più grossolane della demenza precoce, quelle cioè che si hanno nel periodo di stato della psicopatia; sicchè il modesto patrimonio mentale viene rapidamente disgregato e con la disgregazione di questo il completo adattamento all'ambiente. Qui non si osserva più il disinteresse a tutto ciò che si svolge intorno all' individuo, non più la rottura della linea di comunicazione tra l'io e l'ambiente, ma la reazione inconcludente allo stimolo ambientale e sopratutto la esagerata e falsata percezione dello stimolo stesso, da che il contegno e la condotta assurda. Parrebbe, che nei frenastenici più gravi, lo svolgersi del decorso demenziale sia più rapido e più facile la dispersione degli affetti, accompagnati, l'un sintoma e l'altro, dai fenomeni più salienti della psicopatia.

In qualcuna di esse, come nell'ammalata N°. 5 permangono assai vivaci e colorite le idee deliranti assurde malgrado il progressivo decadere della personalità psichica; in tutte vi è l' interesse esagerato per cose futili e di nessun rilievo, ed una spiccata tendenza alla imitazione. In queste ammalate, nelle quali, ripeto, il grado di frenastenia è più grave, l'adattamento all'ambiente manicomiale non è già in rapporto al sopravvenuto distacco che si stabilisce fra l' individuo e l'ambiente stesso, per la lesione della attività volitiva come innanzi si è accennato per un altro gruppo di ammalati, ma pare piuttosto in rapporto all'originario grave difetto discriminativo, pel quale gli stimoli esterni restano come indifferenziati, e le nuove abitudini, la limitata libertà, una certa disciplina, il governo vigile, i nuovi rap-

porti con persone che non conoscono, suscitano scarse reazioni emotive o non ne suscitano, lasciando così l'individuo del tutto passivo a quanto avviene intorno a lui. La volontà insomma non viene lesa coll'annunziarsi della malattia nuova, ma essa è già originariamente inattiva o scarsa, cosicchè il rinunziare l'abituale lavoro, la opposizione al comando, gli episodii di negativismo, che pure si verificano in questi individui facilmente, sono piuttosto in rapporto, io penso, alla facile tendenza all'imitazione e quindi allo scarso sviluppo delle facoltà mentali più elevate, anzichè ad una sopravvenuta lesione di queste.

Il frenastenico, com'è noto, è più facilmente mancipio dell'altrui volontà; segue, senza alcun criterio discriminativo, l'impulso bruto, onde la facile reazione violenta; sicchè la mancanza di ogni dominio su se stesso, il notevole difetto di una direttiva ben determinata nel continuo svolgersi delle proprie azioni e reazioni, indicano assai chiaramente come nel frenastenico non sia possibile che uno scarso governo pel fatto appunto della deficiente funzione della volontà.

Occorre notare anche che in questo gruppo una sola ammalata ha fatto osservare una sindrome delirante marcata, le altre tutte non mostrarono mai delirii nemmeno in forma episodica.

Ho voluto riunire in un sol gruppo queste ammalate nelle quali più notevole è il grado di frenastenia per dimostrare appunto quanto sia più facile di quel che non si osservi l'annunziarsi della demenza precoce in individui frenastenici, come l'associarsi della nuova malattia alla prima avvenga molte volte in modo improvviso con fasi di eccitamento o di depressione cagionando rapidamente la ruina del piccolo patrimonio mentale con predominio di errori sensoriali.

Car, Fran. da Salerno di anni 23. Nata da parto regolare, sorpassò normalmente le comuni malattie dell'infanzia, se non che verso l'età di dieci anni la famiglia di lei ebbe a notare nell'ammalata, allora fanciulla, una certa difficoltà nell'apprendere ed una facile svogliatezza; tra le compagne di scuola era quella che meno imparava. Fattasi grandetta, a quanto risulta dalla modula informativa, l'ammalata si mostrò eccentrica piuttosto, poco incline al lavoro, piuttosto disordinata in casa. Fu regolarmente mestruata, se non che con l'annunziarsi delle mestruazioni, si esagerarono

in lei la facile irritabilità e più la tendenza ad uscir di casa in tutte le ore del giorno e qualche volta anche di notte. Il terremoto del 28-12 1908 la rese agitata, cercava fuggire per paura, diceva di dover morire fra le macerie, tentò strozzarsi ed in tali condizioni fu in fretta ricoverata in Manicomio il 3 Gennaio 1909. Quivi giunta si calmò lentamente, e del terremoto non parlò più; diceva di avere un figlio di cui non conosceva la sorte, ma di ciò non si preoccupava affatto; fece osservare una rapida decadenza del modesto patrimonio mentale, sicchè l' inferma adattatasi presto all' ambiente manicomiale, subì con grande indifferenza il nuovo ordine di cose, nel quale fu immessa.

Furono spiccati in lei l' ecolalia e l' ecopraxia.
Più tardi ebbe fasi di agitazione motoria, delle quali si guarì. In quest' ultimo periodo, l' inferma ha un contegno di persona indifferente ad ogni stimolo; apatica, abulica, passa il giorno accoccolata al suo posto.

Sac. Mar. da Montenero di Bisaccia, di anni 20 Dalla modula informativa risulta che il padre era alcoolista e morì di cirrosi epatica; la giovanetta, crebbe manifestando molto precocemente scarse attitudini al lavoro che compiva male, perchè poco attenta. Divenuta più grandetta, si fece notare per la sua eccentricità, per la tendenza ad uscir di casa ed a restar fuori parecchio tempo, e pel costante rifiuto al lavoro; sorpassò la evoluzione pubere senz'alcun fatto notevole, e qualche mese prima di venir qui ricoverata cominciò ad andare in giro pel paese e pei paesi vicini, coverta solo dalla camicia, inveiva spesso contro i genitori e senz'alcuna causa, sicchè non potendo più rimanere in casa fu condotta in Manicomio il 7 Settembre 1909. Quì si adattò rapidamente all'ambiente, e commise qualche piccolo furto appropriandosi di oggetti appartenenti al personale di custodia; di quanto aveva fatto in paese non mostrò di risentirne troppo e si giustificava dicendo che ogni ragazza ha il diritto di divertirsi. Ebbe periodi brevi di calma, ai quali successero fasi di intensa agitazione motoria; sicchè non di rado fu necessario qualche mezzo di contenzione, e fu anche sitofoba, non riconosceva nè luogo nè persone, serbando sempre un contegno ostile.

Migliorata alquanto dopo lungo tempo di permanenza nel Manicomio residuò nell' inferma un notevole torpore ideativo, memoria lacunare e sopra tutto un profondo disinteresse per tutto ciò che si svolgeva intorno a lei. Non fu possibile indurla a lavorare.

Iann. Emil. di anni 23 da Campobasso — Ha una zia malata di mente. Fin dalla prima fanciullezza l' inferma si mostrò facilmente eccitabile, eccentrica e si sviluppò anche fisicamente molto tardi — Dalla modula informativa risulta che fu insufficiente nella intelligenza, poco socievole, poco amante del lavoro, tuttavia era affezionata ai genitori; qualche mese prima di venire rinchiusa in Manicomio la giovane si mostrò agitata, aveva crisi di pianto e di riso e commetteva atti di violenza contro i genitori ed i parenti — Fu ricoverata in Manicomio il 18 Ottobre del 1909-

Dai diarii risulta che in primo tempo lo scarso patrimonio mentale si mostrò dissociato e confuso; ebbe contegno variabile, ed acquistò molto tardi la nozione del luogo e delle persone; andava spesso in giro per la Sezione disturbando un pò le altre ammalate, serbava scarso ricordo di quanto aveva potuto interessarla. e mostrava poco desiderio di riveder la famiglia o di scriverle — Più tardi si riordinò alquanto nella condotta e nella ideazione, tuttavia permasero la stereotipia degli atti, la poca volontà di lavorare, e si attenuarono periodi di stupore catatonico con fasi di agitazione per le quali l' inferma ebbe anche bisogno di mezzi di contenzione.

Presentemente l' inferma non è per nulla migliorata; apatica del tutto indifferente all' ambiente che l' avvolge, tarda nella percezione, risponde alle domande quasi a monosillabi. Non serba alcun ricordo della famiglia.

Cerra Lui. da Sarno di anni 25 — Risulta negativa l'anamnesi familiare, essa stessa non ha mai sofferto malattie degne di nota nell'infanzia; fa osservare note antropologiche spiccate ed è affetta da strabismo esterno. Sebbene giovanetta si mostrasse buona, affettuosa, lavoratrice, tuttavia era notevole nella ricoverata un certo ritardo percettivo, lo scarso sviluppo dei poteri discriminativi e sopratutto certe tendenze ludiche, infantili piuttosto, che male si addicevano alla sua età. Compiutasi la evoluzione pubere il mutamento di contegno nell' inferma divenne apprezzabile; svogliata, distratta, male riusciva a compiere l'abituale lavoro; emotiva, pronta alla reazione anche per motivi futilissimi era causa facilmente di dissapori con famiglie vicine. Questi fatti si esagerarono più tardi, sicchè l' inferma divenne impulsiva, pantoclasta, clamorosa, mostrò vive tendenze a far del male, e fu mestiere ricoverarla in Manicomio nel 21 Gennaio 1910.

Vi arrivò in una fase di notevole agitazione psico - motoria, non riconosceva il luogo nè le persone, mostrò tendenze a far del male ed a romper tutto quello che le capitava sottomano; confusa e disordinata l' ideazione, scarsi i poteri di attenzione, notevoli disturbi sensoriali. Dopo qualche mese di permanenza in Manicomio il quadro fenomenico si attenuò a mano a mano e più tardi scomparvero del tutto i sintomi più gravi.

Divenuta tranquilla e più coerente ed orientata, l'inferma faceva osservare la scarsezza primitiva del patrimonio mentale, tendenze erotiche, facile eccitabilità, inadattabilità al lavoro, una certa credulità infantile. Queste condizioni non son migliorate, che anzi l'inferma, in rispondenza del flusso mestruale, ha fasi di eccitamento notevole, che sono però di breve durata; residuano tuttora episodii di manierismo e facile litigiosità, sicchè per un nonnulla mette in subbuglio la sezione.

Tomm. Ann. di anni 21 da Lucera. L'anamnesi familiare è negativa ha una sorella di temperamento nervoso — Nata da parto bigemino ebbe una costituzione piuttosto gracile, ed anche per la intelligenza si sviluppò al di sotto della media; tuttavia si dimostrò sempre buona ed affettuosa ma fatua — Faceva all'amore con chi prima gliene richiedesse sicchè richiamata dai parenti più volte ed anche rimproverata credette di essere persequitata da questi e cercò fuggire di casa eludendo la vigilanza dei suoi, mostrò tendenza a percuotere, ebbe qualche fase di agitazione sicchè per impedire che facesse del male fu ricoverata in Manicomio il 7 Giugno 1909.

Serbò fin dai primi giorni un contegno rispettoso e corretto mostrandosi orientata nello spazio, e manifestando subito al Medico come Ella fosse persequitata dalla famiglia, dopo che aveva scambiata promessa di matrimonio con uno schauffer. Ha avuto allucinazioni e stati illusionali che la disturbarono anche in Manicomio ma meno intensamente; è convinta di esser morta e resuscitata e che sia in diretto rapporto con la Madonna e coi Santi che dovranno farla uscire dal Manicomio. Si è adattata subito all'ambiente, e sebbene non di rado domandi di voler uscire tuttavia ha contratto amicizia con ammalate ed infermiere, mostrandosi buona ed aiutandole nelle incombenze della giornata. Mostra una quantità di convinzioni vesaniche con le quali si originano delirii fantastici, paradossali, mutevoli, che si allargano e sconfinano nelle credenze più assurde, si che la mentalità dell'inferma ne è tutta presa e la condotta di lei ne è orientata. Tuttora rimangono vivaci e coloriti i delirii, rinforzati da allucinazioni a contenuto erotico - religioso; si eccita e diviene improvvisamente impulsiva; fa osservare stereotipie, manierismi, e scarsa volontà al lavoro. Affettività quasi spenta.

Pen. Ma. da Pellezzano di anni 25 — Dalla modula informativa risulta che l'ava materna fu malata di mente e la madre della giovane morì di carcinoma. Il padre è alcoolista. Nella infanzia non vi fu nulla di notevole nella giovane, la quale crebbe buona e affettuosa; nella scuola, dove

veniva mandata dai genitori per imparare lavori di cucito, mostrò una notevole deficienza nell'apprendere, sia per la scarsa attenzione che prestava sia anche perchè non le riusciva di imitar quello che le altre piccole compagne facevano con maggior facilità. Questo ritardo di fronte alle altre allieve fu notevole, sicchè la famiglia a 13 anni la ritiró in casa per adibirla ai lavori del telaio. Fu regolarmente mestruata a 14 anni e sorpassò bene il periodo puberale maritandosi a 19 anni. Dopo qualche anno dal matrimonio e senza cause apprezzabili s' iniziarono in lei delle strane preoccupazioni; temeva di spender molto e che perciò andasse a male la famiglia, avea paura della salute dei figli, si eccitava facilmente e senza alcuna ragione apparente fino ad inveire spesso contro il marito ed a minacciarlo di morte. In tali condizioni fu ricoverata nel nostro manicomio il 22 Ottobre 1909. Risulta dai diarii che l' inferma si adattò rapidamente all'ambiente nuovo, e che mostravasi in primo tempo notevolmente confusa; non riusciva a ricordare da quanti anni era maritata nè quanti figli avesse; nessuna emozione si suscitava in lei della lontananza della famiglia e dalla permanenza nel Manicomio. Più tardi si ebbero ad osservare fenomeni di negativismo, sicchè l' inferma non rispondeva alle domande che le si rivolgevano; ricevette una volta la visita del marito e gli si mostrò del tutto indifferente nè domandò dei figli e delle cose che le appartenevano. Si osservarono altresì episodii di mutacismo piuttosto lunghi. In tali condizioni restò per qualche mese, e a mano a mano si decise a rispondere a qualche domanda, divenne più socievole, risentì alquanto dell'ambiente manicomiale. Ma permasero la scarsa affettività, il disordine del vestire, la nessuna tendenza ad occuparsi in qualche modo, e lacune mnemoniche notevoli. In tali condizioni trovasi tuttora nè accenna a migliorare.

Abb. Carm. di anni 23 da Gioia del Colle — Si rileva dal modulo informativo che la madre dell' inferma è affetta da Neurastenia e che due nipoti (figli di un fratello della ricoverata) le son morti di tubercolosi Durante l' infanzia fu notato in lei lo scarso sviluppo delle facoltá mentali e più tardi, durante cioè la crisi della pubertà, tendenze erotiche spiccate; giovane, divenne capricciosa, impulsiva con tendenze a percuotere a vagabondare e ad esibirsi con facilità. Venne perciò ricoverata in Manicomio nel 31 Dicembre 1908.

Da diarii clinici risulta come l' inferma mostrasse all' interrogatorio vaghe idee deliranti a contenuto ostile-persecutorio specialmente contro la madre e le sorelle, che non le avrebbero consentito di maritarsi; e dopo un periodo di relativa calma divenne d' un tratto agitata, laceratrice, impulsiva e cercava di evadere. Non si assoggettò mai ad alcun lavoro,

trascorreva le giornate intere senza occuparsi in alcuna guisa, talvolta rifiutando il cibo, cacciandosi nel letto tutta vestita, o nascondendosi. Dopo trascorso il periodo più attivo della malattia, l' inferma si calmò e si mostrò notevolmente migliorata; in tali condizioni fu dimessa dopo otto mesi di permanenza nel nostro Istituto; se non che a casa, sia per le condizioni economiche, sia perchè la famiglia cercava in ogni modo di ostacolare certe sue tendenze, le si ravvivarono le idee persecutorie e dopo pochi mesi ritornò in Manicomio in una fase di notevole agitazione psico - motoria che le durò piuttosto a lungo.

Calmatasi fu adibita per qualche lavoro, ma si mostrò sempre svogliata e dedita piuttosto a scherzi puerili; mentalmente fa osservare una discreta dissociazione del pensiero, memoria lacunare, affettività scarsa; ha facile appercezione ostile dell' ambiente, sicchè reagisce talvolta violentemente e per futili motivi; cerca isolarsi dalla compagnia delle altre ammalate, mentre non di rado si vede assieme con qualcuna di esse con la quale aveva da poco suscitato un contrasto. Ha sempre da domandare medicine, per dolori immaginarii, per malattie che dice di avere, perchè ha bisogno di non sciuparsi prima di uscire di qui. Il modesto patrimonio mentale decade lentamente.

Malg. Mar. Nic. di anni 24 da Ripabottoni — Ha avuto il padre affetto da Neurastenia e la madre isterica, un fratello alcoolista; due zie materne di carattere strano. Dalla modula informativa risulta che l' inferma fu sempre tarda nell' intelligenza e di carattere eccentrico, e sorpassò benissimo le comuni malattie dell' infanzia. Nell'età pubere le sue condizioni si esagerarono e si resero più appariscenti, ma non tanto da non consentire la convivenza dell' inferma nella famiglia e nella società. Tre mesi prima di essere qui ricoverata, divenne clamorosa; andava gridando per la pubblica via « ed a render noti i suoi desiderî che non sono in perfetta armonia con la morale comune » rientrava in casa a tarda notte e sola; andava provocando le compagne che credeva le impedissero di trovar marito, divenendo così di pubblico scandalo; in tali condizioni venne in Manicomio ricoverata il 21 Aprile 1909. All' interrogatorio rivela subito la scarsa intelligenza, e crede d'essere stata inviata in Manicomio perchè si rifiutò di sposare un ricco signore del paese; si definiva una *donna intellettuale* perchè sapeva a memoria, e scriveva per tutte le sue amiche, alcune lettere amorose che le era riuscito di leggere in qualche libricino. In Manicomio si mostrò subito del tutto adattata all'ambiente, vanitosa, voleva per sè preferenze di ogni genere, e passava la giornata scarabbocchiando lettere ed a tutte adattando le solite frasi. Non fu possibile indurla ad un lavoro proficuo per lei; ha sempre saputo lavorar poco anche

in lavori domestici, quasi sdegnando di occuparsi di piccole e minute faccende. Nessun residuo di sentimenti affettivi; sta in sezione senza alcuna occupazione, tranquilla, apatica; indifferente, completamente ai piccoli incidenti della sezione ed a tutto ciò che possa riguardarla; ha brevi fasi di eccitamento, ma a periodi molto lontani.

Vas. Mod. da Morigerati (Salerno) di anni 21 — Non vi sono in famiglia precedenti ereditarii, e dalla modula informativa risulta che fu, giovanetta, d' intelligenza al di sotto della media; maritatasi assai presto fu dal marito abbandonata a causa della sua cattiva condotta. Vissuta perciò nell'estrema miseria cominciò a rendersi nota nel paese per la stranezza delle sue idee e più per gli atti, ai quali si abbandonava; pretendeva di coabitare con un prete del suo paese e cercava spesse volte d'introdursi nella casa di costui: ferì un individuo senz'alcuna ragione, e menava vita randagia concedendosi a chi prima capitasse. Per queste ragioni fu inviata in Manicomio il 7 Agosto 1908. In Manicomio, dalle risposte che dava, faceva comprendere di essere la moglie del prete pur dichiarando di non aver avuto con lui rapporti intimi; si mostrò sempre molto erotica, e pur prestandosi in Sezione per qualche lavoro, questo compiva assai svogliatamente; avea tendenze a fuggire dal Manicomio Notevole la gracilità mentale che si manifesta con lo scarso sviluppo dei poteri critici, sicchè l' inferma racconta con la maggiore indifferenza i suoi amori ed il desiderio del maschio. I sentimenti affettivi sono del tutto spenti; non parla mai dei figli nè chiede di loro notizie, nè cerca del marito e delle condizioni di costui e dei quattro bambini; ha periodi di vera agitazione motoria, durante i quali si abbandona ad atti violenti ed a reazioni clamorose; appare notevolmente adattata all'ambiente, che riconosce benissimo, e nel quale passa tutto il giorno occupandosi scarsamente Conserva abbastanza bene i poteri di attenzione e mnemonici.

Nig. Ant. da Campagna di anni 25. Ha avuto la madre morta in Manicomio, e lei stessa a quanto risulta dal modulo informativo, fu nella fanciullezza eccentrica, poco disciplinata, scarsa tra le compagne di scuola; si notò da quelli di famiglia come l' inferma fosse allora poco incline al lavoro, ed apprendeva male specialmente i lavori donneschi, anche più semplici, onde fu necessario tenerla in casa. Quì si dimostrò subito inadattabile ed a misura che cresceva negli anni mostrò tendenze spiccate a fuggire di casa, a percuotere senz' alcuna ragione, sicchè fu necessario rinchiuderla in Manicomio, e la sua ammissione avvenne il 1 Febbraio

1908. Qui dimostrò subito un contegno spiccatamente ostile, vive tendenze erotiche, ed episodii notevoli di negativismo; discretamente confusa nella ideazione fece altresì osservare disturbi sensoriali intensi, sicchè anche la condotta di lei divenne disordinata e incoerente.

Tali condizioni perdurarono qualche tempo, accentuandosi in concomitanza dei periodi mestruali, ancora di più, fino a quando sopravvenuto un periodo di calma nell' inferma si rese più visibile lo scarso sviluppo mentale originario. Si è lentamente adattata all'ambiente ed ha potuto talvolta occuparsi per qualche lavoro, ma in genere fu sempre instabile nelle sue occupazioni e preferisce l'ozio. Ha spiccate tendenze alla imitazione. Da qualche tempo a questa parte, l' inferma fa osservare note gravi di negativismo fino a rifiutare talvolta il cibo, sicchè bisogna, non di rado alimentarla con la sonda. Attualmente non è per niente migliorata.

Vill. Id. da Nocera Inf. di anni 25. L'anammesi familiare è negativa; il padre e la madre sono viventi e sani, ed ha numerosi fratelli e sorelle tutti viventi e tutti in buone condizioni fisiche, essa stessa ha una costituzione fisica validissima. Fin dalla prima giovinezza, l'ammalata mostrò una certa eccentricità di carattere, per la quale, fra le compagne di scuola era facilmente notata, apprendeva male le cose più semplici, non riusciva, a mandare a memoria niente, in lavori donneschi mostravasi assai scarsa e tarda nell'apprendere.

In casa, fra le sorelle, fu sempre notevole il suo contegno sospettoso, facile alla reazione; vagabondava di casa in casa senza alcuno scopo, divenuta incorregibile, erotica ed esageratosi queste note con la evoluzione pubere fino a diventar pericolosa la permanenza di lei in casa, fù necessario inviarla in Manicomio il 6 Agosto 1909 — Venne, facendo osservare i segni evidenti di agitazione motoria, nella quale si trovava; pantoclasta, tendenze a farsi del male ed a farne, confusa molto, fu mestieri usarle per qualche giorno lievi mezzi di contenzione, dei quali fu liberata appena sopravvenne una relativa calma. Tuttavia si mostro sempre disordinata, erotica molto, fino a cercar di accostarsi troppo al Medico, contegno ostile e pronta alla reazione, non fu possibile adattarla al lavoro — Più tardi pur mostrandosi più disciplinata e governabile, rifiutò sempre qualunque occupazione e fece osservare notevole deficienza nei sentimenti affettivi; verso la famiglia, verso i parenti fu sempre pronta a reagire e non volle vedere che assai raramente persone di casa. Uscita una prima volta dall' Istituto vi fece ritorno dopo poco tempo pel grave disordine suscitato in casa, e si osservarono allora disturbi sensoriali notevoli che accentuarono le sue condizioni e la resero agitata — Vi furono notevoli episodi di negativismo-automatismo, forte opposizione al comando, talvolta sitofobia.

L' ammalata pur essendo migliorata con la scomparsa di alcuni sintomi più gravi, tuttavia fa osservare ancora la notevole inadattabilità al lavoro, il contegno facilmente ostile, l' erotismo, e sopratutto la deficienza dei sentimenti affettivi — Ha note antropologiche rilevanti.

P. Carm. da S. Giov. in Galdo di anni 17 — Crebbe sviluppandosi, poco mentalmente, tuttavia poteva accudire alle faccende più grossolane del suo mestiere di contadina, lavorando con buona volontà ed interesse; il distacco tra lei ed i fratelli era evidente e notevole.

Due anni prima di esser ricoverata nel nostro Istituto, e cioè in coincidenza delle prime mestruazioni, si notarono nella giovane inferma crisi di riso spasmodico, tendenze a fuggire di casa, segni di eccitamento, e fasi di depressione durante le quali diveniva muta, solitaria, mangiava poco. Nel periodo di grave agitazione motoria, divenuta pericolosa nell'ambiente familiare fu ricoverata in Manicomio nel 16 luglio 1910.

Qui dai colleghi che la osservarono fu notato: grave incoerenza nelle risposte, disordinata nel tempo e nello spazio, automatismi, improvvise reazioni, disturbi sensoriali, una condotta puerile, stranezza nel contegno, facile coprolalia. Tale sintomalogia fu attiva per parecchi mesi, e si attenuò lentamente, rendendo più apprezzabile l'originaria gracilità mentale dell' inferma, nella quale però permangono tuttora una notevole inadattabilità al lavoro anche più lieve, esplosioni improvvise di sdegno e sopratutto la maggiore riduzione del patrimonio intellettivo. Manifesta interesse per le cose più futili, mentre trascura del tutto quanto può esserle più necessario ed utile, passa tutto il giorno passeggiando per la Sezione, non di rado isolandosi da tutti, schivando la compagnia e le domande delle Infermiere, spesso abbandonandosi ad una clamorosa ilarità immotivata ed improvvisa. Lavora talvolta in sartoria ma per breve tempo, distraendosi di frequente per guardare il lavoro delle altre, o suscitando contrasti per cause di lieve entità; nessun pensiero per la famiglia, talvolta non vuole ascoltare nemmeno le lettere che da questa le arrivano, mai abbandona il riso che costantemente l'accompagna, del tutto scolorito e stereotipico. Mangia ma di nascosto. Disordinata nel vestire, ha l' andatura quasi pitecoide.

Gos. Mar. Dom. da Putignano, di anni 23 — Nulla di notevole nel gentilizio; nell'esame somatico si notano nella giovane ricoverata lesioni piuttosto gravi alle estremità inferiori; il piede destro è leggermente varo-equino, ingrossato nell'articolazione del collo, con ligamenti alquanto rilasciati; il piede sinistro è in condizione più gravi. Hanno la caratteristica forma dei piedi di pulcinella. Ha sorpassato normalmente le malattie

dell' infanzia, e solo all'età di 9, o 10 anni la famiglia notò nell'ammalata una certa deficienza di sviluppo mentale in rapporto ai fratelli ed alle sorelle. Un pò tarda nell'apprendere in iscuola, non partecipava agli scherzi delle compagne, nè cercava la compagnia delle sorelle; abitualmente mostravasi piuttosto depressa. Si sviluppò regolarmente; se non che qualche anno prima di essere ricoverata in Manicomio si accentuarono in lei i sintomi di depressione, alternantisi con periodi di eccitamento; rispondeva male, divenne svogliata, avea scatti improvvisi, reagiva violentemente senz'alcuna ragione apprezzabile; fu perciò ricoverata in Manicomio il 21 Giugno 1910 in una fase di grave agitazione psico - motoria. Dai diarî risulta che in primo tempo cercava di stare sempre svestita, lacerava gl' indumenti, gridava pronunziando parole sconnesse, frasi oscene, bestemmie; era disorientata ed impulsiva fino a distribuir morsi ad ammalate ed infermiere. Dormiva poco, serbò lungamente un contegno ostile nella sezione, rifiutandosi spesso di rispondere alle domande; questa sindrome però si andò attenuando a mano a mano, e si resero più percepibili episodii di manierismo, sindromi allucinatorie, negativismo, e resistenza notevole al comando. Più tardi anche questi fatti si attenuarono, ma non sono scomparsi, e l'ammalata appare del tutto adattata all'ambiente, rivelando le note evidenti di una deficienza mentale; non lavora e si rifiuta ostinatamente ad occupare il tempo in qualche modo, sta sempre seduta al suo posto, non preoccupandosi in alcun modo nè della famiglia, nè del luogo ove si trova.

Let. Fil. da Solofra — Rilevasi dall'anamnesi familiare che il padre e la madre erano consanguinei e che la ragazza si sviluppò tardivamente sicchè parlò a 7 anni; fu sempre alquanto capricciosa e restia a qualunque disciplina, sicchè divenuta più grandetta andava girovagando e si fermava lungo tempo in chiesa, per perdere il tempo; era poco amorevole con i suoi, poco dedita al lavoro. Queste condizioni si esagerarono verso il 17° anno, sicchè divenuta oramai incompatibile nell' ambiente familiare fu dovuta ricoverare in Manicomio il 14 Gennaio 1910. Nel nostro Istituto si mostrò piuttosto tranquilla, adattandosi rapidamente all' ambiente manicomiale; si lamentò frequentemente dei suoi, affermando che la battevano di continuo; dopo qualche mese di permanenza in Manicomio divenne impulsiva improvvisamente e rifiutò più volte di prestarsi ai soliti servizi della Sezione; e queste fasi di eccitamento divennero in seguito più frequenti, sicchè la si dovette passare in un altra Sezione — Ritornò all' abituale lavoro che smise dopo un mese ed è ora molto tempo che l'ammalata sta in Sezione del tutto dissoccupata nè riesce possibile indurla al lavoro; si lascia facilmente governare, ma resiste fortemente quando si cerca

distoglierla dalle sue occupazioni infantili che rappresentano il suo passatempo preferito — Nessun sentimento affettivo notasi nell' inferma, nè riesce a sorprendersi in lei alcun ricordo della vita passata in paese, o il desiderio di tornarvi — Dai discorsi che fa si rileva tutto lo scarso patrimonio intellettivo e la povertà dei sentimenti affettivi e l'ambiente del Manicomio non suscita oramai in lei alcuna emozione tranne quelle che sono in rapporto all' esagerato egoismo dell' ammalata.

La demenza precoce frenastenica, come propone si chiami il TAMBURINI, più rara si osserva nei Manicomî pel fatto che il più delle volte la successione dei sintomi morbosi appartenenti alla demenza precoce si manifesta in una età assai giovine, e sfugge perciò, spesso, alla osservazione nostra. Quando gli ammalati sono ricoverati in Manicomio, cioè in età adulta, la sindrome sopravvenuta si va lentamente dileguando, i fenomeni più appariscenti si attenuano in modo da render difficile spesso la distinzione dalla originaria malattia.

Anche per ciò ne è importante lo studio, anche se esso possa rivelare eccessivo lo zelo di cose nuove, aventi però un antico fondamento di verità, come par che creda un egregio collega; perchè la verità, anche vecchia, sia da tutti accettata, deve lottar contro la muraglia misoneistica dei più, agitando la discussione intorno ad essa, rinnovando le indagini e sopratutto osservando l'ammalato di mente, spogli ormai delle vecchie formule diagnostiche.

Come dicevo dunque, lo studio della demenza precoce frenastenica è importante perchè anche ci troviamo ora in un periodo d'indagini dirette a stabilire se e quanto sia facile il comparire di fenomeni proprii della demenza precoce in soggetti frenastenici e se questi fenomeni riscontrati la prima volta in età adulta non si siano per caso verificati anche nell' età infantile del soggetto stesso.

Se non che, parecchi sintomi che sono caratteristici della demenza precoce sono comuni anche ad altre malattie mentali, dacchè forse deriverebbe, secondo il RONCORONI, per lo meno un' affinità clinica fra la demenza precoce ed altre psicopatie.

La demenza precoce, dice il chiarissimo autore, *nella sua patogenesi e nella sintomatologia non rappresenta una forma staccata dalle altre forme di malattie mentali. Essa ha naturalmente modalità proprie, ma può ricondursi alle leggi generali psico-patologiche: essa costituisce un anello nella lunga catena delle alte-*

razioni mentali ed ha colle altre una parziale unità di patogenesi, un fondamento comune, pur conservando una fisonomia propria.

La fisonomia propria per la quale è da tutte le altre psicopatie distinguibile la demenza precoce è precisamente quel *cachêt* speciale dei dementi primitivi che li contrassegna però nella fase iniziale della malattia, non nel periodo di stato o nella fase terminale di questa; all'indagine psicologica dell'ammalato, si nota la caratteristica e precoce lesione della sfera volitiva, per cui la demenza precoce assume una forma demenziale fin dall'inizio della malattia.

Non credo sia il caso indugiarsi ancora su questo punto; come ho detto, a me pare che nella forma mentale di cui è oggetto il presente studio non si tratta solamente di un'affinità clinica fra le due malattie, ma è da pensare piuttosto a due forme di malattie mentali di cui unica sia la patogenesi e l'etiologia, e di cui le manifestazioni, come WEYGANDT e KRAEPELIN credono s'iniziano, in molti casi fin dalla fanciullezza.

Se non che, io credo che il sostrato frenastenico non debba considerarsi come una disposizione psicopatica generica, come fra gli altri pensa il BLEULER, ma rappresenti un elemento di maggiore e specifica attività psicolitica, dacchè le manifestazioni successive demenziali in soggetti frenastenici.

Le quali, come abbiamo detto, possono riscontrarsi nei deficienti mentali anche nell'età infantile; WEYGANDT p. e. ammette la possibiltà di manifestazioni demenziali fin dall'età di 12 anni in soggetti frenastenici *sopratutto nella forma eboidica ed ebefrenica, coi suoi tics, la sua suggestionabilità e specialmente col suo negativismo.* Ma prima di lui il DE SANCTIS già avea parlato di una forma di *Demenza precoce precocissima* che si manifesterebbe in frenastenici a mentalità vesanica, cosicchè tutto induce a credere che le manifestazion demenziali verificatesi nella pubertà e che capitano sotto i nostri occhi solo con l'ammissione in Manicomio di tali individui non rappresentino, in ultima analisi, che il ripetersi o l'intensificarsi di sintomi che già nella fanciullezza degli stessi, ebbero a manifestarsi.

Questo punto è importante ad indagare nella storia dell'infermo, e noi abbiamo visto in quelle da noi osservate, come nella maggioranza di esse, fin dalla fanciullezza si rilevano segni più o meno marca-

ti e caratteristici di uno speciale processo psicopatico a lenta evoluzione.

In verità allo stato delle nostre osservazioni, non possiamo almeno per ora, dire se l'inizio di tale successione morbosa (chiamiamola per un momento così) si manifesti in modo subdolo ledente cioè innanzi tutto l'appercezione, i sentimenti, la volontà, come il più delle volte si verifica nella fase iniziale ed anche prodromica della Demenza precoce semplice. Ma se, come tutto lascia credere, questi tre elementi della personalità psichica, sono già originariamente poco sviluppati e scarsa quindi la loro funzione, non è difficile immaginare che le prime manifestazioni demenziali si verifichino con fatti motorii più o meno intensi, talvolta con la coesistenza di turbe sensoriali e con la rapida dissociazione del patrimonio mentale e con speciali caratteristici episodii di antipraxia, cosicchè occorre osservare facilmente fenomeni di regressione con distruzione più o meno completa delle facoltà mentali sul preesistente arresto di sviluppo.

Gli autori che sin quì si occuparono di questa forma di malattia mentale ebbero a notare come essa si sviluppi più facilmente nella donna che nell'uomo e che nella maggior parte dei casi la malattia si manifestò dai 20 ai 30 anni. Io non posso dare un contributo a queste affermazioni col presente lavoro; se le mie osservazioni poterono estrinsecarsi fra ammalate ciò fu perchè più facile mi riuscì l'indagine, prestando attualmente servizio nel reparto femminile del nostro Istituto. In quanto all'età, le ammalate da me osservate hanno un massimo di venticinque anni ed un minimo di sedici; ma sono convinto che se a tale età solamente questi casi son potuti capitare alla mia osservazione, non è improbabile che i segni della demenza precoce si siano manifestati assai prima dell'internamento di questi ammalati in Manicomio.

Ma su ciò, ripeto, non ho dati positivi. Io ho voluto raccogliere in questo lavoro poche mie osservazioni, a proposito della demenza precoce nei frenastenici; a me pare che questi casi rappresentino un gruppo speciale, che pur non mostrando niente di diverso nella sintomatologia dalle forme precoci della demenza, tuttavia credo contribuiscano a richiamare l'attenzione per una più accurata indagine sul precedente sviluppo mentale dei dementi precoci ed a ricercare con

maggiore accuratezza gli elementi positivi di manifestazioni patologiche infantili nei soggetti stessi.

É la quistione posta da KRAEPELIN, che, com'è noto, fa risalire l'inizio della psicosi alla prima fanciullezza, e che in Italia anche si agita coi bei lavori del nostro DE SANCTIS; e certo le indagini in proposito non vanno trascurate, perchè di eccezionale importanza per la diagnosi clinica.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra.

CONTRIBUTO CLINICO ED ISTOPATOLOGICO

ALLO STUDIO DELLA

DEMENZA ARTERIOSCLEROTICA

(Comunicazione al II Congresso di Neurologia, Genova ottobre 909)

DEL

Dott. G. Ansalone

La comunicazione del presente caso clinico e dei reperti istopatologici ci sembra di un qualche interesse.

La separazione della demenza arteriosclerotica dal grande gruppo delle demenze senili e la sua elevazione alla dignità di entità clinica ed anatomo-patologica sono tuttora oggetto di vivo dibattito.

Kraepelin nel gruppo delle pazzie encefalopatiche comprende *l'arteriosclerosi cerebrale, l'encefalite sottocorticale e la gliosi perivascolare,* e colloca la *demenza senile* nel gruppo delle pazzie involutive dei vecchi. Alzheimer distingue nel grande gruppo delle demenze senili: 1) *la demenza senile semplice,* caratterizzata anatomo-patologicamente da una maggiore gravezza delle lesioni involutive caratteristiche della senilità, 2) *la demenza senile arteriosclerotica,* nella quale, alle lesioni involutive, si associano lesioni a focolaio in rapporto all'arteriosclerosi, e alla degenerazione arteriosclerotico-jalina, 3) *la demenza arteriosclerotica,* nella quale le lesioni sono prevalentemente a focolaio.

---

(1) Alzheimer A. — Die Seelenstörungen auf arteriosklerotischer Grundlage — Centralblatt f. Nervenheil N. 149 S. 399 Giugno 901.
» Ueber atypische Paralysen — Neur Central. 1902 h. 2 S. 86.
» Histologische Studien zur differenzial Diagnose der Progressiven Paralyse und: Die Arteriosklerotische Hirnathroßie — Histol. und Histopath. arbeiten über die Grosshirnrinde Bd. 1. Jena (Fischer) 1904.

ROBERTSON (1) e CRAMER (2) dividono il concetto di ALZHEIMER. D'altra parte contro il concetto dualistico dei precitati autori insorge tutta una schiera di psichiatri: BIANCHI e TANZI, nei loro trattati di malattie mentali, sotto la denominazione di demenza senile comprendono l'una e l'altra forma, tra cui non vi sarebbero che semplici differenze di grado; a seconda che prevalgono più le lesioni diffuse o quelle a focolaio, si avrebbe rispettivamente il quadro della tipica demenza senile, oppure della demenza apoplettica. La prima, come la seconda, sarebbe la conseguenza diretta dell'alterazione vasale arterosclerioti ca, la quale determinerebbe secondariamente le lesioni distrofiche del tessuto nervoso. ZINGERLE (1) e ROSSI O. (2) dividono quest'ultima opinione, FRANCESCHI nel suo pregevole lavoro sull'argomento conclude, ammettendo una forma di demenza senile, nella quale le lesioni arteriose e le conseguenze loro dirette sono lievissime, al punto da non potere ad esse imputare la sindrome demenziale, la quale invece sarebbe rapportabile alla semplice esagerazione delle lesioni, che si verificano d'ordinario nei vecchi senza decadimento mentale, come esponente di una accentuazione di un processo tossico, od autotossico speciale: una seconda forma, molto più frequente, *arteriosclerotica*, di cui bisogna distinguere tipi diversi, a seconda della natura e della localizzazione delle lesioni a focolaio, le quali, a loro volta, variano secondo l'intensità e la qualità della causa tossica, nonchè secondo la resistenza individuale. L'arteriosclerosi in questi casi è di per sè causa di demenza per le gravi distruzioni che porta nel parenchima nervoso.

In tema dunque così dibattuto ogni piccolo contributo può non essere superfluo.

Maraschiello F. contadino di anni 50, ammogliato con figli, viene ammesso nel Manicomio Interprovinc: di Nocera Inferiore il 6 Giugno 1908.

L'anamnesi famigliare è del tutto negativa. Non si è contagiato di sifilide: non ha sofferto malattie degne di nota. É stato un forte bevitore

---

(1) ROBERTSON — Norm. and path. histologie of the nervecell — Brain 1899.

(2) PATH. Anath. d. Psychosen. im Handb. d. path. Anat. des Nervensyst. Berlin (Karger) Bd. II. 1901.

(1) ZINGERLE — Ueber Geistesstorungen im Greisenalter. Wien 1899.

(2) ROSSI O. L'arteriosclerosi del sistema nervoso centrale. Atti del primo Congresso di Neurologia — Napoli. Aprile 1908, pag. 330.

di vino. Intorno all'inizio della malattia non è stato possibile avere notizie dettagliate: riportiamo integralmente i pochi dati forniti dal medico, che redasse il certificato d'invio al Manicomio: «l'infermo da qualche tempo presenta grave perturbamento delle facoltà mentali, alterazioni della psiche e del linguaggio, con sindrome fenomenica e decorso morboso di decadimento mentale progressivo: riuscendo in tali condizioni di pericolo a sè e agli altri, si giudica necessario venga inviato in Manicomio.»

In sala di osservazione l'8 Giugno si presenta con fisionomia estremamente stupida: gira per la sala intontito, in atteggiamento di persona che non si renda il minimo conto di tutto quanto lo circonda. In due giorni non ha pronunciato una sola parola: non si è mai udito il suono della sua voce. Se lo si interroga, non si può ottenere una risposta alla domanda più elementare: pare soppressa totalmente la funzione del linguaggio parlato. In un'ora d' interrogatorio non si riesce ad ottenere che pronunzii un "sì" od un "no". A voce alta gli si dice: "caccia la lingua; non compie affatto il movimento che gli si ordina, anche se il medico, per fargli comprendere meglio il movimento da compiere, metta lui fuori la lingua, e lo inviti ad imitarlo. Gli si dice ad alta voce: "siediti": continua a restare impalato, quasi non si parlasse a lui. Se lo si invita, accompagnando col gesto la parola, a sedersi: si siede.

Gli si domanda se sappia scrivere: non si ottiene risposta alcuna. Allora gli si porge una penna e col gesto si cerca di indurlo a scrivere qualche cosa su di un pezzo di carta. L' infermo piglia la penna come viene presa e tenuta d'ordinario dalle persone che sanno scrivere, ma non riesce a tracciare una parola: per alcuni minuti si diverte a disegnare linee irregolari sinuose.

Gli si dice di muoversi e camminare: incomincia a vagare per la sala con andatura incerta e titubante.

All'esame somatico lascia rilevare: riflessi rotulei vivaci bilateralmente; facilmente provocabile il riflesso del tricipite estensore: tremore a piccole scosse, eguali alle dita di ambo le mani. Nulla si può dire della motilità della lingua, non essendo riusciti mai ad ottenere che l' infermo la mettesse fuori dalle arcate dentarie. Durante il periodo di osservazione l' infermo non ha pronunziato una sola parola: nulla può quindi dirsi del linguaggio parlato.

Le pupille sono eguali, reagiscono prontamente alla luce ed all'accomodazione. L' esame degli organi addominali non lascia rilevare nulla di anormale. Il polso è duro, poco ampio e raro. Notasi accentuazione del secondo tono sulla pulmonare. Il primo tono sulla mitrale è poco chiaro.

Per quattro giorni permane l' aspetto da ebete, il mutismo; gl' infer-

mieri si industriano a fargli pronunziare qualche parola, ma senza alcun risultato. È poco pulito; mangia con voracità, il più delle volte imbrattandosi.

Il 12 Giugno viene colpito da febbre a 38. 5 con diarrea muco - sanguinolenta. Lo si trasferisce all' infermeria. Dopo un mese guarisce dall' infezione gastro - intestinale: è però in condizioni marasmatiche abbastanza pronunziate e lo si trasferisce alla sezione cronici marasmatici, dove muore il 18 settembre, dopo circa due mesi di degenza a letto; trascorsi in un mutismo assoluto, per nulla diverso da quello presentato nei primi giorni di ammissione.

Dopo i quindici giorni regolamentari di osservazine fu fatta diagnosi di " demenza alcoolica con afasia ,, . La soppressione della funzione del linguaggio ed i sintomi demenziali dominavano la scena morbosa: i sintomi somatici ci parvero troppo scarsi per diagnosticare una paralisi o pseudo - paralisi progressiva.

Autopsia eseguita 24 ore dopo la morte. Nulla di importante da parte dei tavolati cranici; dura madre ispessita e congesta; al suo taglio, a sinistra, si nota una pseudo - membrana che copre tutta la superficie convessa dell' emisfero, ed è facilmente distaccabile dalle molli meningi sottostanti e dalla dura; solo a livello della scissura interemisferica essa è aderente alla pia.

Questa è iperemica ed ispessita, si distacca però facilmente dalla sostanza sottostante.

A diritta, all' apertura della dura, si trova una vasta raccolta di sangue coagulato, libera, che si frammenta in grumi e fuoriesce dall' apertura durale.

I due emisferi cerebrali appaiono alquanto deformati; si presentano come compressi a livello del lobo frontale ed occipitale e prominenti a livello delle circonvoluzioni frontali.

L' emisfero di sinistra è nella sua totalità alquanto più piccolo di quello di destra; non si nota però atrofia appariscente delle singole sue circonvoluzioni.

Nei varii tagli alla Flechsig la sostanza corticale e sottocorticale, nei due emisferi, appare normale per colorito e consistenza. Nessuna lesione a focolaio si rileva, nei varii piani, nei nuclei della base. Questi appaiono al taglio lievemente iperemici, con vasi sclerotici e prominenti sulla superficie di taglio. I vasi del poligono di Wjllis sono ispessiti e beanti. Ipertrofia del ventricolo sinistro; chiazze ateromasiche sulla mitrale; aorta liscia. Pleurite sierosa a sinistra, con abbondante raccolta di liquido; polmone compresso, atelettasico, ricacciato contro la colonna vertebrale; nefrite interstiziale cronica.

L'esame istologico fa rilevare lesioni molto rilevanti degli elementi nervosi, di quelli nevroglici e dei vasi.

L'emisfero di destra è molto meno leso di quello di sinistra.

La pia madre in entrambi si presenta notevolmente ispessita: l'ispessimento in parte è dovuto ad una proliferazione connettivale in parte é di natura infiltrativa. I suoi vasi di piccolo, medio, e grosso calibro sono gravemente lesi: nei piccoli il tipo di lesione che prevale è la degenerazione sclerojalina. In generale si può dire che le lesioni vasali sono tanto più gravi, quanto più piccolo è il calibro del vaso: ne segue che lo spessore delle pareti è quasi doppio nei vasi piccolissimi, di fronte a quelli di medio calibro. Le pareti, oltre che ispessite notevolmente, sono anche omogeneizzate. Nei vasi di medio e grande calibro, raramente si notano ispessimento e proliferazione dell'intima: la lesione interessa a preferenza la media e l'avventizia: entrambe sono ispessite: la prima si presenta talora anche infiltrata da elementi di natura connettivale, poliedrici, o fusoidi, disposti gli uni accanto agli altri, fra fibre residuali più o meno alterate. Spesso è chiaramente rilevabile una dilatazione delle guaine perivasali, senza infiltramento di elementi cellulari. Tra le fibre proliferate della pia specie nelle vicinanze dei vasi, senza mai costituire dei veri manicotti, tra numerosi linfociti, notansi parecchie plasmacellule.

Col metodo di WEIGERT per la nevroglia alcune di queste si vedono colpite da degenerazione jalina.

(Vedi fig. III). Nel protoplasma cellulare incominciano a comparire due o più sferule, che si colorano omogeneamente, e che aumentano gradatamente di volume sino ad invadere tutto il corpo cellulare, per modo che, in una fase avanzata di degenerazione, tutto l'elemento è trasformato in un accumulo di sferule, e del protoplasma primitivo non residua che un sottile aloncino, che costituisce come una capsula avvolgente la sferula.

Colla colorazione specifica di UNNA PAPPANHEIM alcune volte le singole sferule jaline presentano un aspetto uniforme; altre volte invece, procedendo dallo esterno allo interno, ciascuna delle sferule lascia notare un primo straterello esile, colorato in rosso che è il protoplasma residuale della plasmacellula madre, poscia una zona chiara incolore, e nel centro una zona più oscura di protoplasma colorato in rosa o rosso violacco. Quando le singole sferule sono ancora aggruppate insieme, persiste il nucleo della plasmacellula degenerata: esso

è colorato ancora in bleu come nelle cellule sane, e vi si notano ancora delle masse cromatiniche ed il nucleolo: la forma del nucleo è però notevolmente alterata: ora è semilunare, ora è ellittico, ora molto stretto ed allungato. Nel maggior numero dei casi esso è ricacciato verso uno degli estremi, alla periferia dell'agglomeramento sferulare e si adatta col suo contorno concavo alle convessività delle sferule, mentre il suo margine convesso è libero. In un piccolo numero di casi esso conserva una posizione più centrale; è allora ristretto allungato come un bastoncello, con margini leggermente concavi, adattantesi sulla convessità delle sferule.

Tra le fibre della pia madre si trovano, oltre gli elementi cellulari descritti, numerosi vasi dilatati e ripieni di sangue: accumuli di corpuscoli rossi sanguigni liberi insieme a linfociti.

Emisfero sinistro

La Nevroglia presentasi notevolmente proliferata sia nella sostanza grigia che nella sostanza bianca.

Nella sostanza grigia il massimo di proliferazione l'abbiamo trovato nelle circonvoluzioni centrali; nel lobo frontale (1ª, 2ª e 3ª frontale), in quello parietale (giro angolare) e nella parte media delle tre temporali notansi semplici differenze di grado, ma l'aspetto che assume il tessuto proliferato non è essenzialmente differente.

Nella parte media della frontale ascendente (figura I. e fig. V) di sinistra abbiamo notato le seguenti particolarità strutturali. Il tessuto nevroglico non è uniformemente proliferato: lo strato più esterno corticale in immediato contatto colla pia, per tutta la lunghezza della circonvoluzione, mostra una prima zona di proliferazione nevroglica, costituita da un plesso intricatissimo e fittissimo di fibre esili, con mancanza assoluta di elementi cellulari e nucleari, il cui spessore è poco sensibile su tutta la lunghezza della circonvoluzione. In dentro di questo primo strato uniforme notansi addensamenti nevroglici di aspetto, configurazione estensione e profondità varie da un punto all'altro della circonvoluzione.

L'osservazione di numerosi preparati allestiti alla Weigert ci porta a distinguere tre tipi diversi di *gliosi corticale*:

1° Un tipo molto frequente, già notato da FRANCESCHI (1) nel suo lavoro sulle demenze senili, è raffigurato nella figura I. Si tratta di addensamenti nevroglici di forma conica e triangolare con base alla periferia della circonvoluzione ed apice all'interno a livello delle cellule piccole piramidali: lateralmente la base di detti triangoli si continua collo strato sottile plessiforme già descritto, che occupa la zona più esterna corticale, e che mano mano che va a ricongiungersi colla base del triangolo aumenta gradatamente di spessore. Quasi sempre la base di detti triangoli è curvilinea con concavità verso la pia madre, la quale a quel livello presenta gruppi di vasi più o meno infiltrati e sclerosati. Tutta la proliferazione nevroglica è fatta di un intreccio di fibrille nevrogliche di calibro disuguale, nelle cui maglie sono annidati nuclei atrofici e corpuscoli amiloidi.

2.° Isole irregolari di proliferazione nevroglica (figura V), che si continuano collo stato di proliferazione uniforme e che si spingono più o meno profondamente nella sostanza corticale.

Questi addensamenti irregolari, frastagliati sono ancora in più immediato rapporto coi vasi. Come si può rilevare agevolmente dalla figura, essi si riscontrano a preferenza in corrispondenza delle insenature delle circonvoluzioni, laddove cioè per la penetrazione di vasi dalla pia nella corteccia, o per l'adattamento troppo intimo di vasi piali, il contorno delle circonvoluzioni diventa irregolare, frastagliato sinuoso. Le fibrille nevrogliche proliferate, esilissime, e numerosissime tendono a circondare i vasi di veri anelli plessiformi, laddove questi appaiono tagliati trasversalmente: nelle sezioni longitudinali invece le fibrille nevrogliche costituiscono addensamenti laterali alle pareti vasali.

In queste isole irregolari proliferate si trovano rari nuclei atrofici e rarissimi corpi amiloidi. Mancano in questi addensamenti cicatriziali cellule nevrogliche di sorta. Queste si riscontrano a preferenza nei segmenti di corteccia, i quali sono interposti tra gli addensamenti testè descritti. Immediatamente in sotto dello straterello periferico di proliferazione uniforme, notansi talora cespugli isolati di nevroglia, costituiti al centro da uno o più corpuscoli aracniformi, che

(1) FRANCESCHI — Le demenze senili. Gliosi perivascolare. Lacune da disintegrazione. Rivista di Patologia nervosa e mentale. Anno VII., fasc. 9 e 11.

sono come i punti nodali di incontro di numerose fibrille esili, eguali, che a direzione raggiata, si dirigono verso vasi capillari più o meno lontani: altre volte trovansi invece grosse cellule di nevroglia, dal corpo irregolare, munito di robusti prolungamenti, i quali con decorso sinuoso, si dirigono quasi tutti verso lo strato corticale più periferico, immediatamente al disotto della pia, ad eccezione di qualcuno alquanto più rettilineo ed esile, diretto in basso verso lo strato delle cellule piramidali medie. Accanto a questi elementi voluminosi non mancano cellule di piccola e media grandezza, con corpo triangolare, stellato, appiattito, protoplasma invaso da degenerazione pigmentaria, muniti di prolungamenti larghi e corti, orientati verso vasi capillari molto vicini.

3.° Un ultimo aspetto nella sostanza grigia corticale può prendere la proliferazione nevroglica. Per lunghi tratti e per quasi tutto lo spessore delle sostanza grigia, si notano cespugli ricchissimi di corpuscoli e nuclei nevroglici, che sono in intimo rapporto coi vasi. Qui la proliferazione nevroglica sembra si trovi nella fase di massima intensità iniziale: vi è abbondanza di nuclei voluminosi e di cellule di piccola e media grandezza. Il tessuto nervoso attorno ai vasi ispessiti e sclerosati presenta delle vaste rarefazioni sino a raggiungere le proporzioni talora di vere lacune (vedi fig. IV), con ponti di fibri e nevrogliche, che dalle pareti vasali si dirigono ed orientano verso corpuscoli di nevroglia poco lontani. Sono frequentissimi i reperti già noti di piedi triangolari, con due tre fibrille all' interno, le quali si vanno ad impiantare sul vaso; ma non infrequentemente, come si può rilevare dalla figura IV, sono talora vere chiome di fibrille esili, che numerosissime si mettono in intimo rapporto con un segmento della parete vasale. Questo reperto, che ha il suo valore per i rapporti tanto discussi tra fibre nevrogliche e vasi, ci pare il più suggestivo per ammettere la esistenza di una forma di gliosi perivasale. I vasi sembrano veri centri di proliferazione del tessuto nevroglico.

Nella sostanza bianca midollare la proliferazione nevroglica assume un duplice aspetto.

1.) Talora ha carattere eminentemente diffuso, cioè consiste in una proliferazione uniforme di fibre e corpuscoli aracniformi, per cui, a piccolo ingrandimento, la sostanza bianca appare semplicemente più densa per una maggiore ricchezza di fibre esili, di calibro uguale, e di corpuscoli nevroglici stellati e numerosi nuclei di varia grandezza,

2) in altri casi (Vedi fig. 2) si ha una proliferazione circoscritta a focolaio, quasi esclusiva di fibre nevrogliche di calibro differente intrecciantisi variamente fra di loro e costituenti dei ricchi plessi attorno a numerosi corpuscoli amiloidi. A mediocre ingrandimento, oltre la differenza di grandezza di queste formazioni, si rileva una certa diversità strutturale. Alcuni corpuscoli, specie i più piccoli, sono costituiti da sferule uniformemente colorate in bluastro col metodo WEIGERT per la nevroglia, laddove la maggior parte degli altri, specie i più voluminosi, presentano due o più zone concentriche, le une più debolmente, le altre più intensamente colorate in bluastro o viola, che dànno a simili formazioni un aspetto tutto speciale e caratteristico.

I corpi aniloidi sono stati oggetto di studio da parte di numerosi osservatori: ma le opinioni circa la loro vera natura sono tuttora discordi.

OBERSTEINER opina si originino dalle cellule di nevroglia: in queste si formerebbero delle masse, le quali in un primo tempo sono circondate da un velame grassoso: col progredire del processo degenerativo, distrutto completamente l' elemento cellulare, e riassorbita la membranella che li teneva riuniti, i corpuscoli amiloidi si libererebbero.

REIDLICH opina parimenti che questi si originino dalle cellule di nevroglia. ACHUCARRO e CATOLA, (1) FRANCESCHI (2) sono proclivi ad ammettere che essi rappresentino la fase ultima di rigonfiamenti dei cilindrassi delle fibre nervose. (3) PERUSINI descrivendo alcuni speciali elementi degenerativi del sistema nervoso centrale, che hanno molta affinità coi corpi provenienti dalla degenerazione ialina delle plasmacellule, ritiene che i corpuscoli amiloidi possano avere dei rapporti colle fasi terminali delle sue « *besondere, abbauzellen* » del sistema nervoso centrale.

PAPADIA (4) recentemente studia in tutti i suoi dettagli il processo di degenerazione ialina delle plasmacellule e nega ogni eventuale affinità dei globuli ialini coi corpuscoli amiloidi, oltre che per

(1) VIRCHOWS. Archiv. Bd. 154, 1906.

(2) Lav: citat.

(3) Ueber besondere Abbauzellen des Zentralnervensystems » Folia neurobiologica » 908 Bd. 36.

(4) Sulle plasmacellule e sui fenomeni reattivi nella cisticircosi cerebrale (Rivista di patologia nervosa e mentale, vol. XIV, fasc. 8 agosto 1909).

le reazioni tintoriali, per il fatto che questi corpuscoli si trovano abbondantissimi in processi patologici, nei quali non si riscontra alcuna plasmacellula, come pure per ciò che le plasmacellule in degenerazione jalina si trovano anche fuori del tessuto nervoso, in tessuti cioè, che non presentano affatto corpi amiloidi. Noi abbiamo avuto opportunità di studiare molto ampiamente il processo di degenerazione jalina delle plasmacellule nei cervelli di paralitici progressivi, dove questi elementi erano oltremodo abbondanti e nella fig. 3 sono riportate le fasi più importanti del processo degenerativo, così come si mettono in rilievo col metodo specifico di UNNA - PAPPENHEIM.

Come abbiamo già rilevato innanzi, nelle fasi terminali, si hanno grosse sferule con un sottile aloncino periferico che rappresenta il protoplasma residuale della plasmacellula, d'ordinario ancora colorato in rosso, poi una zona pallida colorata debolissimamente in viola e poscia una zona centrale più intensamente colorata. Nell' insieme l' aspetto però è alquanto differente da quello che presentano i corpuscoli amiloidi, per quanto una certa analogia strutturale vi sia tra le due formazioni.

Recentissimamente O. ROSSI (1) nel cervello di un alcoolista descrive alcune formazioni degenerative, che hanno molti punti di contatto coi *corpuscoli amiloidi* per le reazioni tintoriali affini e conclude che questi ultimi debbono avere una origine molto complessa. Dallo esame dei nostri reperti non ci è stato possibile determinare con sicurezza da quali elementi si originino i corpi amiloidi e se possano considerarsi come la fase ultima della degenerazione jalina delle plasmacellule.

Nella figura II. che riproduce tutto un campo microscopico, dove essi sono abbontantissimi, dalle forme più piccole alle più grandi, non si vede nessuna delle fasi degenerative proprie delle plasmacellule: se fossero di origine esclusivamente plasmacellulare, almeno una delle fasi raffigurate nella fig. 4 avremmo dovuto sorprendervi.

Le lesioni degli elementi nervosi (cellule e fibre) per gravezza distribuzione sono in rapporto diretto colla proliferazione della glia

(1) O. ROSSI — Sull' istologia patologica di una speciale alterazione descritta da *Marchiafava* nel corpo calloso degli alcoolisti. Rivista di patologia nervosa e mentale, Volume VII, fasc. 6, giugno 1910.

sono molto gravi nell'emisfero di sinistra: di gran lunga più lievi in quello di dritta.

Nell' emisfero di sinistra col metodo NISSL e con quello di BOCCARDI, a piccolo ingrandimento, già sorprende la scarsezza di elementi cellulari e la loro avanzata atrofia. In qualunque campo cada l' osservazione, le cellule si presentano ridotte di volume, con scarsi prolungamenti e quello apicale, che persiste, quasi sempre è molto sinuoso. La sostanza cromatica è ridotta a piccoli blocchetti disposti il più delle volte verso le parti marginali della cellula. Nelle cellule polimorfe e nelle piccole piramidali essa manca quasi sempre. Nelle grandi piramidali persiste talora sotto un aspetto polverulento. Il nucleo spesso è eccentrico: quasi sempre atrofico e deformato: assume spesso una forma losangica ed è spostato verso la base del prolungamento apicale. Qua e là si incontrano numerosi elementi notevolmente deformati: il margine cellulare si presenta come eroso e tutta la massa protoplasmatica è invasa da pigmento granulare: il nucleo non è più riconoscibile: attorno ai margini erosi cellulari, e negli spazii pericellulari che sono notevolmente aumentati, per la rarefazione del tessuto, trovansi numerosi nuclei di nevroglia: non mancano infine elementi, che hanno perduto la loro forma piramidale, assumendone una ovalare, dai cui poli partono due gracilissimi e corti prolungamenti, sinuosi e molto pallidamente colorati. Tutta la massa protoplasmatica presenta una colorazione diffusa molto intensa, il cui nucleo, di forma ellittica, contorni sinuosi, ricacciato verso uno dei margini cellulari è appena riconoscibile.

Non infrequentemente si trovano elementi notevolmente deformati, con scarso protoplasma, con degenerazione vacuolare.

Il processo di atrofia investe generalmente quasi tutti gli elementi cellulari: non vi sono che differenze di grado. Ma, mentre nel suo insieme tutta la circonvoluzione appare povera di cellule, si nota d' altra parte che la scarsezza di elementi non è uniforme: vi sono zone complelamente sprovviste di elementi cellulari: dette zone il più delle volte sono irregolari, ma alcune volte si può loro riconoscere una forma triangolare grossolana, con base in alto verso la superficie della circonvoluzione, e che ricorda gli addensamenti nevroglici conici già descritti innanzi. Queste zone maggiormente lese, che hanno molta somiglianza con i focolai di « Rindenverodung » di ALZHEIMER, si trovano nelle vicinanze di vasi più o meno sclerosa.

Le fibre nervose col metodo specifico di WEIGERT si presentano profondamente lese: al massimo grado lo sono quelle tangenziali: esse sono scarsissime ed il più delle volte di aspetto varicoso. Quelle radiali presentano lesioni meno gravi: in alcune zone sono bene conservate, mentre in altre sono rigonfie e di aspetto moniliforme.

Nell' emisfero di dritta, parallelamente alla scarsa proliferazione nevroglica, le lesioni degli elementi parenchimali sono molto limitate.

Non vi si nota una sensibile diminuzione numerica delle cellule, ed in generale queste hanno un aspetto molto più florido; le piccole e medie piramidali conservano la loro forma caratteristica: appaiono alquanto più povere di blocchi cromatici.

Nelle grandi piramidali e piramidali profonde la sostanza tigroide si mette facilmente in evidenza: qua e là notasi un aumento di pigmento giallo-globulare; questo però non invade quasi mai tutta la cellula. Le fibre nervose sono alquanto più rare semplicemente nello strato tangenziale, e nella sostanza midollare di tratto in tratto, a livello dei focolai circoscritti di gliosi, di cui sopra abbiamo fatto cenno.

Mentre è ancora vivo il dibattito intorno al concetto dualistico di ALZHEIMER, che nel grande gruppo degli stati demenziali senili vuole separare una forma arteriosclerotica pre-senile dalle demenze senili semplici e mentre un grande numero di osservatori si mostra decisamente contrario ad un simile concetto, riteniamo opportuno fare poche osservazioni d'ordine clinico ed anatomo-patologico sul nostro caso in esame.

A seconda che voglia tenersi in considerazione l'elemento etiologico oppure il complesso sintomatico più eclatante, oppure i reperti anatomo-patologici noi potremmo far diagnosi di *demenza alcoolica afasica, arteriosclerotica.*

La prima diagnosi non avrebbe però altro valore che quello di ricordarci l'elemento etiologico: la figura clinica del nostro infermo invero di gran lunga diversa da quella, che d'ordinario gli alcoolisti anche inveterati, sogliono presentare: un quadro demenziale così grave raramente si osserva nei beoni cronici, anche quando questi siano stati colpiti da più accessi psicopatici alcoolici acuti.

Uno stabile disorientamento e così grave, ed una alterazione così profonda e permanente di tutti i processi mentali e della funzione del linguaggio non possono agevolmente mettersi sul conto di lesioni

diffuse degli elementi parenchimali, dovute all' azione diretta del tossico sugli elementi nobili del tessuto nervoso. D'altra parte è notoria la lentezza con cui procede il decadimento mentale negli alcoolisti, e la facilità con cui si verificano lunghe remissioni anche in quei casi, che a prima vista sembrerebbe avessero un decorso rapido e progressivo. La sindrome clinica adunque del nostro caso esorbita da quella comune ed ordinaria del decadimento mentale alcoolico.

I fatti clinici vengono però largamente spiegati dai dati anatomo - patologici.

L' imponenza dei sintomi demenziali è in rapporto colle gravi lesioni vasali arteriosclerotiche e colle lesioni e focolaio consecutive. La formazione di una solida membrana sottodurale per emorragie pregresse, la deformazione conseguente dell'emisfero di sinistra, la enorme gravezza delle lesioni parenchimali e nevrogliche nello stesso lato stanno a dimostrare, nelle loro linee generali, che la gravezza dei sintomi demenziali è in rapporto coll' arteriosclerosi determinata dall'alcool, oltre che coll'azione deleteria tossica di quest'ultimo esercitata direttamente sugli elementi nervosi.

La grande prevalenza dei sintomi afasici, nella mancanza di lesioni a focolaio, nel senso vero della parola, nelle zone proprie corticali e sotto - corticali del linguaggio, deve essere rapportata alle gravi lesioni dell' emisfero di sinistra, che è quello che nella complessa funzione del linguaggio ha parte preponderante, come è stato recentemente notato anche da Franceschi, il quale in un caso di demenza afasica ha trovato lesioni corticali, per nulla dissimili dalle nostre.

Le lesioni microscopiche sia degli elementi nervosi che di quelli nevroglici stanno del pari a testimoniare che l'arteriosclerosi è il fattore più importante nella patogenesi della sindrome demenziale grave, presa da noi in esame. Accanto all' atrofia generale degli elementi nervosi, noi abbiamo descritto i focolai di *rindenverordnung* propri dell'arteriosclerosi cerebrale e della demenza pre - senile arteriosclerotica, ed abbiamo visto che tanto le isole di proliferazione irregolare nevroglica, quanto gli addensamenti triangolari sono in rapporti topografici molto intimi con vasi sclero - jalinizzati.

Abbiamo inoltre nella sostanza bianca e sostanza grigia insistito sui reperti *di gliosi perivasale.* La proliferazione nevroglica muove da vasi sclerosati: attorno a questi numerosissime fibrille nevrogliche

proliferano e da corpuscoli nevroglici più o meno lontani vanno tutte ad orientarsi verso il vaso centrale.

La ipotesi di Lugaro che la proliferazione nevroglica non debba considerarsi come un fatto reattivo secondario alla lesione e consecutiva scomparsa degli elementi nervosi, ma come l'effetto di una stimolazione diretta del tossico sul tessuto di glia, e quindi una reazione quasi primaria, ci sembra più che probabile: finchè i vasi non sono profondamente lesi, gli endoteli ed altri elementi vasali eserciterebbero essi un'azione difensiva per l' organismo: quando i vasi ammalano è il tessuto nevroglico, che normalmenle coi vasi è in rapporto molto intimo, il quale entra in uno stato di attività e di iperplasia.

Una questione ancora sub-judice, non ostante gli importanti lavori di Held, His, Golgi, Da Fano, Spielmeyer, Franceschi è quella dei rapporti tra fibre nevrogliche e vasi.

Mentre alcuni opinano le fibre nevrogliche si terminino non direttamente sui vasi, ma su di una membranella basale, limitante, che avrebbe l'ufficio di isolare gli elementi mesodermici da quelli ectodermici, gli altri descrivono l' impianto diretto di espansioni nevrogliche sui vasi. Franceschi descrive delle terminazioni a ventaglio direttamente sull'avventizia vasale. A noi pare di poterci associare all'opinione di quest'ultimo e nella figura IV della tavola abbiamo fedelmente riprodotto quello che ci è parso di più dimostrativo al riguardo.

Concludendo adunque ci pare che tutto l'insieme dei dati anatomo ed istopatologici ci spieghi sufficientemente la grave sindrome clinica presentata in vita dall'infermo e ci permetta la diagnosi di *demenza alcoolica arteriosclerotica*, alla cui anatomia patologica ci auguriamo di avere portato un modestissimo contributo.

Nocera 2 Ottobre 1910

Fig. I

Fig. III

Fig. IV

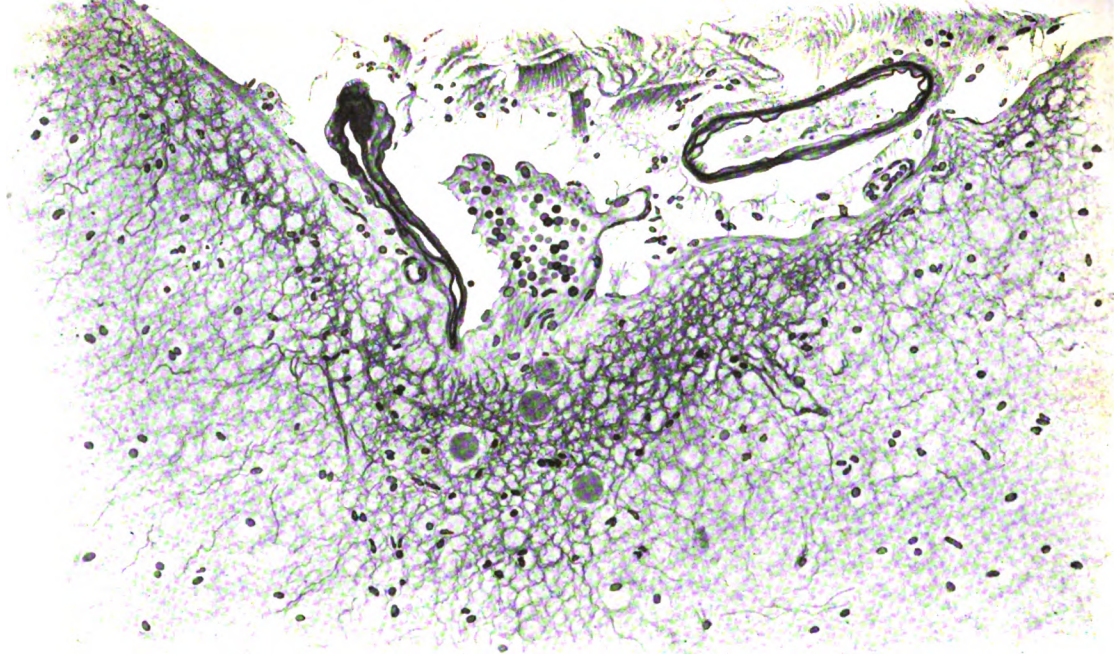
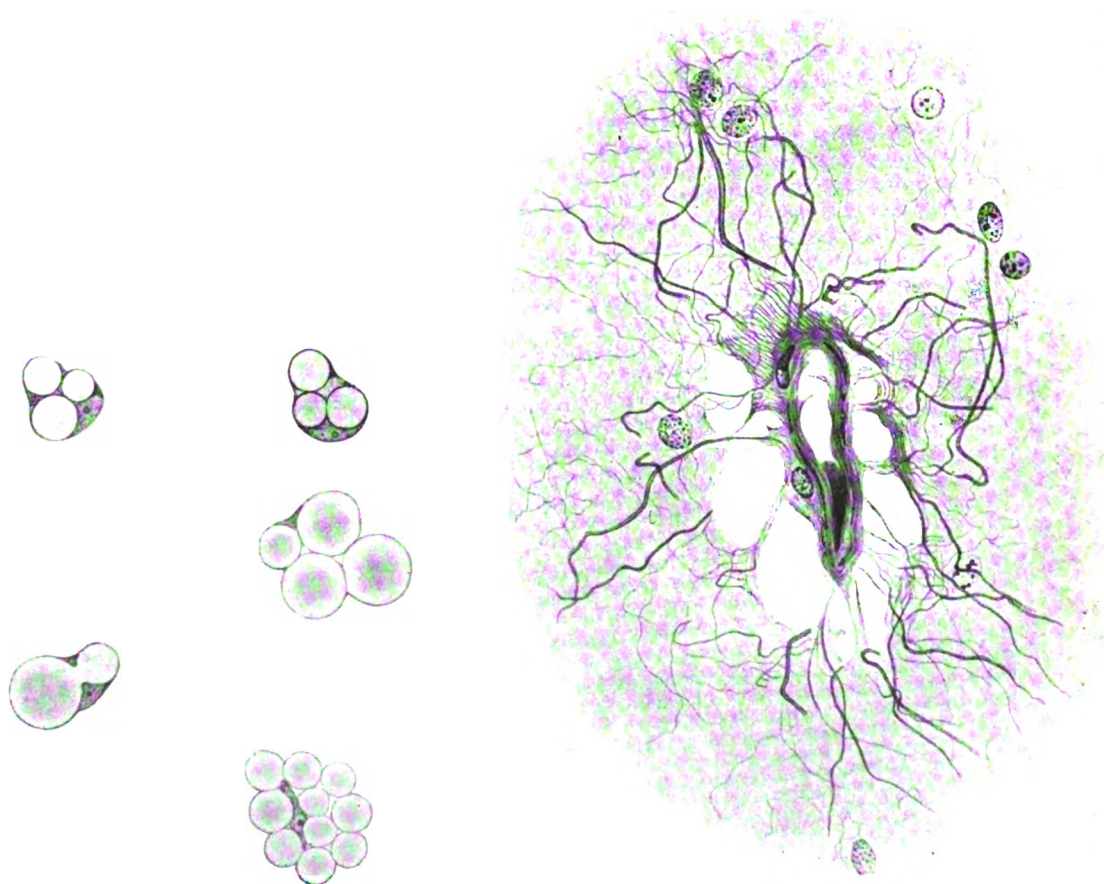



Fig. II

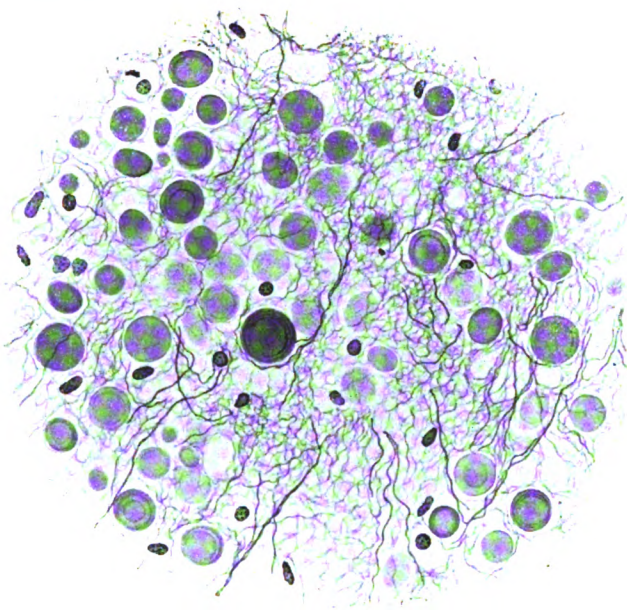
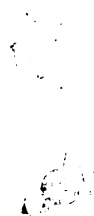



Fig. V

Manicomio Provinciale di Treviso
(« Comparto di Osservazione e Cura » nell' Ospedale Civile)
diretto da LUIGI ZANON

SOPRA UN CASO DI PSICOSI PARANOIDEA

PEL

DOTT. GIUSEPPE VIDONI

Nella storia della classificazione delle malattie mentali la differenziazione dell'entità nosografica « demenza precoce » rappresenta, senza dubbio, una delle conquiste più importanti e feconde per il suo precipuo carattere di sintesi poderosa, che in Italia ebbe il primo vigore di diffusione e la prima realtà di contributo specie dall'opera di FINZI e di VEDRANI.

La ben nota figura clinica, nella definizione di KRAEPELIN, riunisce, come si sa, tutta una serie di quadri morbosi, la cui comune caratteristica è data da l'esito *in particolari stati di debolezza mentale;* ma se costituisca nella « estensione (1) datale un'unità patologica è fino ad ora dubbio ». Così il KRAEPELIN: e l'obbiezione che il clinico insigne nella costanza della prudente e difficile indagine pone a sè stesso risponde da sola a tutti quelli, che (più Kraepeliniani di KRAEPELIN) tenderebbero — come dice FERRARINI (2) — alla formula semplicistica: *havvi una sola forma di pazzia, la demenza precoce,* nella quale invece KRAEPELIN, anche recentemente (3) riconosceva che si erano raccolte troppe sindromi morbose e troppo disparate.

Il TAMBURINI all'ultimo congresso internazionale di medicina (4) ha lucidamente riassunto la revisione, che va operandosi intorno alla *demenza primitiva,* denominazione, che l'A. preferisce anche a quella di *parademenza* proposta da BRUGIA e pure a quella di *schizofrenia* sostenuta da BLEULER. Dal suo nome « alla sua autonomia come en-

---

(1) *E. Kraepelin:* Trattato di psichiatria (traduzione italiana) — *Vallardi.* Milano.

(2) C. *Ferrarini:* Paranoia o demenza paranoide ? Giornale di psichiatria clinica e ecnica manicomiale. Ferrara, 1908.

(3) *E. Kraepelin.* Congresso di Berlino 1908.

(4) *A. Tamburini:* Sulla demenza primitiva 1909.

tità clinica, dalla sua delimitazione sintomatica alle sue varietà cliniche, dal suo meccanismo intimo psicologico alla sua patogenesi ed alla prognosi, tutto è stato ed è soggetto di critica e di discussione ».

Ritiene il TAMBURINI che si debbano separare dal quadro nosografico tipico le forme guaribili, che *certamente appartengono a processi morbosi ben diversi* e sostiene che da ciascuna delle varietà nosografiche del KRAEPELIN l'esperienza clinica dia oramai diritto a sceverare *forme speciali autonome*, quali *l'eboidofrenia* e la *psicosi catatonica acuta o subacuta.*

Parlando della varietà paranoide osserva come vi siano quadri, che sarebbe più consono riunire « in una forma intermedia, che non è la paranoia pura per la mancanza di lucidità, della coordinazione e della sistematizzazione del delirio, e non è la demenza primitiva paranoide, perchè non si arriva mai al vero stato demenziale, e che è invece caratterizzata dallo stato dissociativo non però completo nè progressivo, e quindi da una certa stabilità delle idee deliranti per quanto non perfettamente sistematizzate, ma in cui anche dopo molti anni non si rendono mai evidenti i segni di disfacimento intellettuale, ed in cui anzi si può avere col tempo un impallidimento del delirio, se non una completa reintegrazione psichica, a questa forma intermedia potrebbe adattarsi la denominazione di parademenza con delirio paranoide o, più semplicemente, di psicosi paranoidea (1). ».

Avendo avuto la possibilità di seguire a lungo un ammalato, per il quale l'inquadratura del diagnostico mi sembra che si presti ad un giudizio differenziale fondato sull'accennata esclusione delle forme affini sotto il riguardo sintomatologico, ho reputato non vano intrattenermene per vedere se può o no rientrare nella entità del TAMBURINI, su la quale si è pure soffermato di recente il dottor DE PAOLI (2), che decisamente ammette l'esistenza della *psicosi paranoidea, ben distinta dalla paranoia e dalla demenza precoce paranoide.*

F. C. di anni 48, coniugato, da S. B. di C., industriale.

Non presenta ricchezza di stigmate somatiche degenerative e nulla importante mette in rilievo l'esame fisico. Risulta che il padre ed

(1) Vedi anche gli Atti del XIII Congresso della *Società freniatrica italiana* — Venezia 1907.

(2) *N. De Paoli:* Paranoia, demenza precoce paranoide e psicosi paranoide — Rivista sperimentale di Freniatria, Reggio 1910.

nonno paterno erano in paese ritenuti per persone squilibrate.

Il malato ha sempre mostrato bella intelligenza e buon senso. Esempio di tenace volontà ha saputo emanciparsi dall'umile, originaria condizione di operaio e diventare un industriale ben noto in questa provincia con innovazioni pratiche in alcuni tipi di macchine agricole, che gli fruttarono un ragguardevole patrimonio.

Buono, affezionato alla moglie ed ai figli, un maschio ed una donna, ha avuto la disgrazia di perdere il primo.

Non sapendo come lenire il dolore senza pace della sua compagna ha creduto, nella sua generositá, di potere riuscire prendendo un ragazzetto degli esposti, che in famiglia fu accolto come un vero figlio.

Aveva l'ambizione di farne un ingegnere industriale, perchè sapesse un giorno prendere degnamente la direzione della sua officina e non trascurò mezzi per farlo studiare. Pur troppo sono state fatiche vane; non giovarono nè pazienza, nè severità. Il ragazzo protetto anche dalla cieca adorazione della sua madre adottiva, fece negli studii pessima prova riuscendo perciò una continua causa di dispiaceri per il povero C,. che si doleva presso gli amici.

Ma un giorno in mezzo a queste giuste lamentele incominciarono ad infiltrarsi e ad emergere errate idee di persecuzione.

Aveva egli da qualche tempo costruita una fontana ne' pressi del suo orto, fontana, che i monelli del paese qualche volta si prendevano la briga di guastare.

I vandalismi si ripetevano impressionando sempre più il C., cui pareva che non fossero esponente spontaneo dell' incosciente malvagità dei fanciulli, ma che questi agissero per ordine ed interesse di altri.

Ho beneficato — andava dicendo — i vicini con il permettere loro l'uso della mia fontana ed ora mi ripagano così, perchè vogliono farmi perdere i dritti di possesso. Ho le prove, soggiungeva: quando passo per le strade vedo che la gente con cenni allude alla mia persona, certi segni ben indicano, che l'hanno con me.

É mio figlio, che aizza per potere rovinarmi e la moglie tiene terzo. Le sue moine, le sue parole per convincermi che queste idee sono fantasie della mia testa non possono avere altra ragione, che quella di distrarmi dalla realtà, che io vedo e conosco.

Del resto so oramai quanto vale; basta vedere il suo turbamento quando rientro in casa.

Anche le autorità erano contro di lui, perchè vi ricorreva invano ».

« In mezzo a tante sventure cercava allora conforto » in qualche bicchiere di vino, che nel cervello già sconvolto forse ha contribuito a rafforzare la burrasca, che si addensava.

I disturbi sensoriali andavano infatti facendosi vieppiù vivi. Nella notte,

perchè non potesse riposare, i suoi rivali, con la complicità della moglie entravano in casa mettendola a soqquadro con rumori infernali. Sbattevano le porte, rovesciavano le casse; gli giungevano voci ingiuriosi dai muri, dal solaio. Gridavano: ammazzatelo, è tempo che se ne vada, è di troppo, se è vivo la moglie sua non può giacere liberamente nel letto coniugale con il B. (nome del figlio adottivo), etc. »

Quando andava a casa trovava il coltello e la forchetta messi in croce e ciò, perchè qualcuno così gli annunciava che doveva morire. Sono invidiosi delle mie ricchezze, vogliono sopprimermi per godere quello, che ho acquistato con il sangue mio migliore ».

Le sue reazioni si limitavano però a proteste verbali. Continuava a trattare bene in famiglia, con gentilezza, pur mostrando diffidenza. Mai aveva lasciato trasparire minacce di violenze contro gli altri o contro sè, per cui recò sorpresa nel paese, un giorno la notizia diffusasi di un tentativo di suicidio. (Si aveva punto alla piega del gomito di sinistra).

Condotto per il « tentato suicidio » in manicomio diventa in breve tempo lucido, nega l'intenzione di avere voluto farla finita con l'esistenza ed afferma che si è ferito per vedere se poteva muovere a compassione almeno la moglie.

Nel primo periodo della sua degenza esprime le solite idee deliranti, accompagnate da qualche disturbo sensoriale e da evidenti turbe mnemoniche illusionali. Non tardano ad entrare in giuoco anche interpretazioni assurde dei comuni fatti di ambiente. Se un infermiere si aggiusta il bavaro della giacca è segno che nella notte qualcuno dovrà sgozzare il C. È rovinato, ridotto in miseria, gli tolgono la salute, influenzano con correnti il suo corpo, deve espiare delle colpe. Domanda pietà, si raccomanda e piange.

Il suo delirio, a periodi, è caotico; ora è colpevole, ora è vittima di inique persecuzioni.

Non va formandosi una sistematizzazione definitiva, anzi, in prosieguo di tempo, la confusione aumenta con il sorgere di un ricco corredo di strane idee di grandezza, che non sostituiscono le prime, ma che al contrario si frammischiano con queste favorendo però pure il fiorire di veri episodi di esaltamento, con eccitazione psico - motrice.

È un grande inventore, ha trovato il mezzo di ingrassare i polli senza dare loro da mangiare, possiede il segreto del benessere universale e quello per impedire le corruzioni elettorali. I nemici non potranno più togliergli la salute, perchè contro le loro manovre ha scoperto un mezzo infallibile

Scultore incompreso, fabbrica oggetti senza principio e fine dei quali *spetta l'interpretazione a chi lo visita*. Chiama il medico il suo « scalpellino », perchè dovrà dichiarare che non è pazzo e liberarlo così dalla tomba, che opprime, con il corpo, il suo spirito. Lo associerà, per com-

penso, in una grande casa di salute per le malattie nervose, che vuole costruisce in mezzo al Piave e nella quale adotterà sistemi curativi da lui scoperti, etc., etc.

Tutto questo però ripete senza molta convinzione, con attitudine di persona dominata, come abbiamo veduto, da un certo eccitamento psicomotore. Ed invero si può, purchè garbatamente, fargli rinnegare i meriti, come si riesce a toglierlo dalle sue preoccupazioni, che, senza stabilità di concetto, muta facilmente.

Il suo edifizio non ha resistenza, cambia senza difficoltà di architettura e non gli impedisce di uscire e di occuparsi discretamente di affari privati e politici. Conserva intatta la capacità tecnica della propria arte e dà ottimi consigli per quello, che riguarda l'azienda agricola. La memoria in genere è buona, solamente si deve sempre sospettare qualche paramnesia, che rinfocola le concezioni deliranti. La condotta è apparentemente (1) piena di incoerenze. Così, ad esempio, riceve con gioia la visita della moglie, che accusa come prima causa della sua rovina, si interessa della salute, come si occupa con premura sincera di sua figlia, dei nipotini, dei parenti e pone in evidenza tutta la tristezza, che gli procura la sequestrazione manicomiale pur adattandosi in fondo alla vita dell' Istituto.

∴

In tal modo (1) sono venuto fino qui riassumendo nella maniera più fedele e breve possibile la sintomatologia del paziente, iniziatasi in verità (come abbiamo veduto) subdolamente ed in rapporto con reali condizioni di contrasto.

L'animo generoso, ottimista dell'infermo si trova di fatto a cozzare con una delusione profonda, che lacera le speranze sue più care — È rattristato, se ne lagna vivamente, e sotto l'influenza del trauma morale, quando una serie di dispettucci vengono ad aggravare le abbattute condizioni del suo sentimento, compromettendo il sereno apprezzamento dei fatti. I vandalismi non sono volgari cattiverie di monelli, ma opera sobillata dai suoi nemici.

Così, sostenuto da disturbi sensoriali, si matura intanto il delirio

(1) Definire in modo esatto quale incoerente nell'apparenza la candotta vedo sia esatto perchè a determinare tali incoerenze stimo che valga, almeno in parte, la dissimulazione del paziente, che ha tutta l'attenzione tesa al raggiungimento di un fine egoistico economico, di cui qui è inutile fare parola.

persecutorio, incerto nelle sue obbiettivazioni, nebulosamente confuso con idee ipocondriache, di rovina, di auto-accusa, di grandezza.

Tale quadro con sfondo più o meno grigio, più o meno vivace dura pertanto da oltre un lustro togliendo oramai quasi ogni speranza. Ma ecco che invece, dopo tanto tempo, assistiamo ad un mutamento progressivo e verso più *spirabile aire.* Danno tregua le allucinazioni, impallidiscono gli errori ideativi. Riposa tranquillo la notte, non ha più diffidenze contro gli infermieri, verso i quali mostra anzi simpatia, comprende di avere errato in certi apprezzamenti, benchè sostenga di avere tutte le ragioni di dubitare sempre dei suoi concittadini *invidiosi di lui.*

Quando esce dall'Istituto verrà ad abitare vicino ai medici, che tanto affetto gli hanno dimostrato con il loro compatimento, con il conforto, con l'aiuto, che lo ha sorretto in mezzo alla burrasca.

Contemporaneamente va rilevando sempre più capacità di sapere attendere ai suoi interessi. La memoria è ancora bene conservata, il controllo critico è buono, mostra solo un certo aumento dell'emotività.

Perdurando così si fa la dimissione e la prova, con buon risultato, dura da parecchi mesi. Il paziente — a testimonianza del medico comunale, della figlia, delle autorità, di concittadini — ha sempre mantenuto ottimo contegno. Ha ripreso a lavorare, non attendendo però più all'industria, ma occupandosi solo e più modestamente nelle faccende di casa.

∴

Di fronte a tale complesso sintomatologico legittima era, mi pare, l'incertezza diagnostica.

Poteva affacciarsi il dubbio dell'*alcoolismo,* ma in verità, come mancano dati somatici, che depongano per questo, così non si riscontrano segni psichici positivi, che stiano in suo appoggio. La discussione inoltre è vana, perchè il processo morboso è sorto ed è andato sviluppandosi rigoglioso, prima che l'anamnesi possa registrare episodici e saltuari abusi alcoolici, che appaiono più che causa, sintomo della malattia. Si poteva pensare alla *frenosi maniaco-depressiva,* ma anche accettando i vasti confini, che si tende di assegnare a questa entità mi sembra che non difettino le obiezioni. Mancano, fra l'altro, l'arresto, l'inibizione associativa negli episodi depressivi del nostro paziente, durante i quali contrasta all'ipotesi pure il tipo del delirio, imperniato, come è, più che su altro, su una persecuzione ingiusta.

Nella fase di esaltamento poi non v'è traccia di quella caratteristica estrinsecazione di iperattività, di logorrea, di serenità irritabile del maniaco.

In sostegno della *psicosi maniaco - depressiva* potrebbe però invocarsi anche il tentativo di suicidio, ma il modo con cui il fatto si è svolto porta a credere vera la spiegazione data dai conoscenti del paziente e dal medico, che lo ha subito visitato. L'auto - violenza è infatti da attribuirsi ad un accessuale turbamento di coscienza dovuto a soverchie libazioni (fatte nella giornata) ed alla concomitante recrudescenza dei fatti allucinatori e del delirio a tipo persecutorio dagli stessi disturbi sensoriali fomentato, reso tumultuario, grave. In verità non saprei come collocare tale causalità di un tale «tentativo di suicidio» accanto alla sfiducia desolata ed al raptus, che spingono all'auto - violenza il melanconico.

Non è possibile poi rintracciare caratteri di mescolanza di sintomi maniaco - melanconici, quali si scorgono negli stati misti.

Dimostratesi pertanto insostenibili l'alcoolismo e la frenosi maniaco - depressiva, che pure si affacciavano nella diagnosi differenziale, viene spontaneo di ricorrere con il pensiero alla *paranoia.*

Si sa però che il delirio del paranoico è un delirio bene connesso, che si sistematizza e che si trasforma con *apparenza ragionevole* nutrito come è « di una logica (1) sbagliata, ma robusta e perciò incorreggibile. Il paranoico è uomo di carattere; salvo qualche eccezione, non è allucinato. » Le allucinazioni anzi sono elementi differenziali della paranoia secondo KRAEPELIN, che ci insegna essere i disturbi sensoriali in tutte le forme paranoidi sintomi bene accentuati.

Per tali caratteri del paranoico credo appunto che non si possa sostenere nel nostro caso il concetto di paranoia se viene « intesa, come si esprime l'ALBERTI (2), nel senso di TANZI. »

Rimane quindi la *demenza precoce paranoide,* con la quale non sarebbero di certo in contradditorio ed i floridi disturbi sensoriali e le *bislacche e poco serie costruzioni del paziente.*

Non bisogna però qui dimenticare che se i disturbi sensoriali

(1) *E. Tanzi:* Trattato delle malattie mentali. Milano 1905.
(2) *A. Alberti:* La « paranoia » secondo gli ultimi studi italiani. Note e riviste di Psichiatria. Pesaro 1909

le immagini deliranti possono apprestarci i mezzi migliori per porre la diagnosi non ci forniscono però tutto il materiale per costruire l'edifizio e che per classificare definitivamente un caso clinico è necessario osservare, insieme al decorso, anche il suo esito.

Ora la *dementia praecox* si caratterizza per disturbi della sfera affettiva, della volontà, del contegno, che si rivelano con una dissociazione psichica iniziale e che vanno man mano emergendo con un più o meno progressivo indebolimento mentale, espressione dell'inguaribilità del processo morboso.

Nel nostro ammalato invece siamo stati spettatori del formarsi e dell'intrecciarsi di un insieme barocco di deliri, di disturbi sensoriali, di lesioni del contegno, forse intenzionali; ma in verità non abbiamo potuto constatare il prodursi di un vero stato demenziale, bensì solo di *un certo indebolimento psichico*, rivelato in parte lo stesso ottundimento delle idee deliranti, in parte dal confronto fra il passato ed il presente dell'infermo. L'industriale fortunato, ricco di attività e di vedute si è difatto trasformato in un bonario contadinone alla vecchia, facile all'emotività, senza ardimenti di lavoro e capacità di iniziative.

Ad ogni modo, non ostante l'evidente *diminutio* a me sembra che si possa qui ben parlare di una vera (se non completa) reintegrazione psichica, in contrasto con gli stati di debolezza mentale propri di solito al demente paranoide, per il quale inoltre non si addice il lungo perdurare di lucidità, di ordine, di giusta elaborazione psichica al di fuori del delirio, quale si riscontra nel decorso della sintomatologia del paziente.

Tutto questo, più che per altro, deporrebbe infine per la paranoia; ma come credo che — per quanto siamo venuti vedendo dall'esposizione della storia — si possa escludere la demenza precoce concepita nel senso tradizionale, così mi sembra che si debba escludere definitivamente pure la paranoia e ciò per le ragioni anzi dette.

Il quadro invece, se non mi inganno, potrebbe trovare posto nella *psicosi paranoidea* del TAMBURINI, entità autonoma, che sta accanto alla paranoia ed alla demenza precoce paranoide e che presenta ben determinati caratteri clinici.

Treviso, Ottobre 1910.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra

DISTIROIDISMO ED AMENZA TRAUMATICA

Perizia Medico - Legale

DEL

Dott. M. Levi Bianchini

I.

Antefatto

Verso le ore 17 del 19 Marzo 1910 in Acerno, per un precedente frivolo provocato dal diritto di passaggio di un pianerottolo in comune che metteva alle loro rispettive abitazioni, vennero a diverbio certo I. Antonio fu Sabato di a. 60 contadino con V. Rosa fu Donato di a. 54. Lo I. colpì con una zappa alla regione parietale destra la V. producendo lesione lacero - contusa, che però la V. anche per non allarmare i suoi di famiglia non si fece visitare e medicare dal medico. Senonchè, essendosi la V. aggravata perchè la ferita era venuta a suppurazione e dando manifesti segni di alienazione mentale, solamente il 27 marzo veniva chiamato il medico (*Allegato 1°*). La ferita guarì totalmente al 20° giorno, per seconda: lo stato mentale della V. si aggravò nel tempo; per modo che il medico ne ritenne necessario l' invio al Manicomio Interprovinciale di Nocera Inferiore (*Allegato 4°*) ove fu accolta il giorno 11 maggio 1910. Quivi, per il rapido peggioramento delle condizioni psicosomatiche, la malata

morì il giorno 22 Giugno 1910 a ore 23 con fenomeni di enterocolite acuta.

Frattanto, per la querela giudiziaria sporta dalla V. stessa contro il feritore il 4 maggio 1910 (*Allegato 7°*), fu disposta dal Sig. Giudice Istruttore del R. Tribunale di Salerno perizia medico-legale perchè fossero valutati nel loro vero valore i rapporti fra trauma sofferto e psicosi e venisse data risposta ai seguenti quesiti:

1.° Se la follia della V. sia vera o simulata.

2.° In quale rapporto la stessa può stare col trauma sofferto.

3° Data la esistenza della malattia mentale della Veglia, quale sia approssimativamente la prognosi.

2.

Anamnesi patologica remota.

Le seguenti notizie dell'anamnesi remota sono state fornite dal Dott. P. S., medico condotto di Acerno che conobbe per lunghissimi anni la famiglia della V. Esse sono così chiare e lucide che vengono riportate per intero.

Rosa V. nacque in Acerno il 3 agosto 1856. Suo padre, Donato V., nato in Acerno il 20 ottobre 1826 ed ivi morto per paralisi cardiaca il 2 maggio 1893, esercitò l'ufficio di servente comunale. Quantunque analfabeta fu uomo attivo, intelligente, dotato di una buona memoria e di sano giudizio. Di buona costituzione, non fu mai affetto da malattie mentali, nervose, ereditarie, diatesiche, infettive, tossiche.

La madre, Maria C., nata nel 24 Aprile 1836 e morta di polmonite a 15 Agosto 1904, fu dotata di buona costituzione organica e di media intelligenza: si occupò nei lavori domestici ed in quelli di campagna: visse sempre in buona salute e fu immune da malattie mentali, nervose, ereditarie, diatesiche, infettive e tossiche.

Passione dominante nei detti coniugi fu il lavoro, l'economia il risparmio, la quiete. Nulla di ereditario nei loro antenati. Ebbero tre figli: un maschio, vivente, e due femmine; la Rosa ed un'altra vivente e sana.

La Rosa fu la primogenita. La sua nascita si verificò in modo

normale. Il suo sviluppo fisico fu regolare, sebbene non molto rigoglioso. Fu mestruata a tempo. Dalla nascita fino all' ultima malattia fu esente da malattie nervose, mentali, ereditarie, diatesiche, infettive e da intossicazioni gravi. Non soffrì giammai la miseria e si nutrì discretamente, benchè senza lusso. Ebbe regolari le mestruazioni e non soffrì malattie uterine. Non si sa precisare la data dell' nsorgere del tumore tiroideo; posso dire di ricordarla sempre col collo un po' pieno.

Nel 31 Ottobre 1885 sposò un contadino, suo pari, col quale visse sempre concorde. Dopo un anno di matrimonio ebbe la prima figlia, tuttora vivente e sana. In seguito ebbe altri quattro figli dei quali uno solo vive tuttora, essendo gli altri morti nell' infanzia per malattie comuni. Ebbe tutti i parti regolari e non andò soggetta a malattie esaurienti.

Aiutò sempre il marito nei lavori campestri. Non ebbe in vita gravi dispiaceri, nè traumi sulla testa, anteriormente a quello del 19 marzo ultimo.

Educata la Rosa V. da genitori analfabeti che ad altro non badavano che al lavoro, al risparmio ed alla vita quieta, non potette in lei verificarsi uno sviluppo mentale e corporeo vigoroso. Conseguentemente essa si mostrò sempre debole di animo e di corpo, mente debole, poca intelligenza, idee limitate, poche parole, indifferente alle cose altrui; accorta però ai propri interessi; seria, religiosa, di buona morale, affezionata ai suoi, rispettosa con tutti, tollerante in tutto e pacifica; ebbe insomma tutt' i caratteri della debolezza di spirito.

Questo spirito debole aveva la sua degna dimora in un corpo per altezza un pò inferiore alla media, con sviluppo scheletrico non molto sviluppato, con muscoli e nervi deboli e facilmente irritabili; animato da un cuore che tremava ad ogni piccolo disturbo.

Un essere così fatto, non era per la lotta.

La rissa del 19 marzo ultimo, col consecutivo ferimento, atterrì la povera donna, e da quel giorno s' iniziò in lei la malattia che la condusse al Manicomio.

3.

Anamnesi patologica prossima e Diagnosi.

L'azione meccanica del trauma ed i caratteri dello stato psicopatico consecutivo possono venire esattamente conosciuti per mezzo di due ordini di fatti:

1.° L'esame diretto macroscopico della cicatrice esistente sul cuoio capelluto, l'esame dei cranio e dell'encefalo, col controllo dell'autopsia: infine l'indagine istologica della corteccia cerebrale.

2.° L'esame anamnestico dello stato mentale della V. dall'epoca del trauma sino all'exitus.

1.° La cicatrice del cuoio capelluto rappresenta il reliquato di una ferita lacero-contusa lievissima, che interessò soltanto la cute arrivando al cellulare sottocutaneo; come si osservò sul vivo e si controlla direttamente alla ispezione del pezzo conservato in sublimato saturo. La ferita di un centimetro di lunghezza guarì per seconda; in 20 giorni; ma sarebbe guarita per prima intenzione, come esplicitamente dichiara il referto medico (*allegato 2°*) se fosse stata curata a tempo. La cicatrice è appena visibile; tanto che non si può farne utilmente la fotografia.

Nessuna alterazione dei tessuti sottostanti: galea aponevrotica, periostio, tavolato esterno e interno del parietale, meningi, sostanza cerebrale, esiste nei punti topograficamente corrispondenti alla ferita. In base a tale reperto devesi ritenere che l'azione del trauma (colpo di zappa dalla parte tagliente con pochissima contusione) si riferì ed estese soltanto al cuoio capelluto; non offese nessun altro tessuto od organo; non potè andare al di là della cute nè produsse *shock* meccanico o succussione cerebrale.

2.° Immediatamente dopo il trauma meccanico del 19 marzo 1910 la Veglia non presentò nessun fenomeno emotivo grave o psicopatico. Per evitare anzi che il marito litigasse col feritore e ne subisse nuovi danni, ella disse rivoltasi al primo: «è cosa di poca importanza, me l'hai fatta tu» (la ferita) (*allegato 4.*). Calmatosi il marito, la Veglia parlando con le donne del vicinato «disse la verità

nell'accusare il I. essendo allora perfettamente cosciente e donna onestissima incapace di mentire (*alleg. 5*).

Solo otto o undici giorni dopo il fatto la Veglia presentò « segni di alienazione mentale » (*allegato 1.*). Questi furono verificati dal medico condotto, il quale dichiarò « di non poterne precisare nè l'esito nè la relazione fra la malattia stessa e il trauma ». (*Allegato 3.*). Lo stato psicopatico continuò nei mesi di Aprile e Maggio (*Allegato 4.*) caratterizzato da alternative di disordine ideativo e affettivo e di lucidità mentale (*Allegati 5, 6, 7*) finchè aggravandosi le condizioni psicopatiche della V. questa fu portata al Manicomio Interprovinciale di Nocera Inferiore il giorno 11 Maggio 1910. Quivi morì il 22 Giugno 1910 a ore 23, dopo circa 3 mesi dall' insorgenza della psicosi.

Dai rapporti medici , dalla Storia Clinica Manicomiale e dalla mia diretta osservazione, l' insorgenza, il decorso ed i sintomi della psicopatia possono venire riassunti nel seguente modo.

Otto o dieci giorni dopo il lieve trauma subito alla regione parietale destra, la V. presentò i primi sintomi di una psicopatia avente per base una rapida e completa modificazione del carattere, dell' affettività, dell' associazione ideativa, dell' orientamento. Mentre prima era sempre stata donna composta negli atti e logica nei processi critici, perdette ora l' ordine e il dominio mentale di se stessa: presentò disorientamento, confusione, verbosità sconnessa, impulsi violenti contro il marito, insonnia, incoerenza motrice e psichica. Questo stato ebbe da principio un decorso saltuario intercalato da irregolari e brevi remissioni: durante le quali la paziente appariva più tranquilla e composta. In una di tali remissioni appunto la paziente potè dare ai medici, che già l' avevano osservata nel periodo d' incoerenza, « l' impressione di persona sana » e deporre verbalmente al Giudice la querela contro il suo feritore. Lo stato amenziale prese però il sopravvento per modo che circa un mese e mezzo dopo l' insorgenza dei primi fenomeni psicopatici la paziente fu portata in Manicomio.

Durante la permanenza nell' Istituto la paziente presentò aggravati gli stessi sintomi; profonda mutazione del contegno e del tono affettivo ; stato di confusione e disorientamento : depressione irritativa generale: angoscia e atteggiamento terrifico e negativista: soli-

loqui e vaniloqui, insonnio, deperimento generale, ostilità all'ambiente. Le allucinazioni notturne affermate dal marito non furono, in Manicomio, osservate: ma si potè ritenere, dal contegno della V. che esistesse, a ricorrenze, un lieve stato suballucinatorio e delirante persecutivo. L'alternativa dello stato amenziale, (che ebbe in Manicomio la quasi assoluta prevalenza) con gli episodii di lucidità associativa e percettiva si poterono bene rilevare in due epoche vicine, cioè il 19 e 21 giugno. Il 19 giugno, condotta dinanzi al Giudice Istruttore la V. mantenne un atteggiamento straordinariamente depresso, angosciato, disorientato, negativista; non rispose ad alcuna domanda, balbettò frasi incomprensibili; cercò di fuggire, di gettarsi a terra, di sciogliersi le vesti: ebbe insomma un contegno tipicamente amenziale; il 21 un giorno prima di morire rispose a me con assoluta lucidezzza; come risulta dall' interrogatorio che si legge più sotto in extensu. Egualmente nel mese di Maggio la V., dinanzi ad altri medici periti aveva presentato « tutte le apparenze di una persona sana » (*Allegato 7°*) mentre in altri giorni ed epoche aveva manifestata evidente e morbosa incoerenza nel contegno e nei processi ideativi. (*Allegati 3, 4, 5*). La malata presentò ancora sitofobia intervallare, mutacismo ostinato interrotto da monologazione e verbosità sconnessa e incomprensibile. Alle domande rivoltele dal medico rispondeva in principio « va via, va via, — ho fatto la querela — poi si vedrà chi avrà ragione » —: allontanava le persone che si avvicinavano a lei con mali modi: poi si chiuse in un silenzio ostinato e si mantenne nel contegno sopra descritto fino a due giorni prima della morte. Alla fine di maggio fu colpita come si legge nei diarii da « gastroenterite » a decorso febbrile; e questa nuova forma intercorrente fu certamente favorita dallo stato psichico anteriore e dalla sitofobia.

La paziente decadde progressivamente nella nutrizione e nelle forze: e morì per collasso il 22 giugno 1910 a ore 23.

La sindrome presentata è una chiara forma di « *Amenza* ». Essa è così caratteristica che viene esclusa in modo tassativo qualsiasi possibilità di simulazione.

Per simulare per tre mesi continui un' amenza, il soggetto dovrebbe disporre di una resistenza fisica così enorme da uscire dai limiti dell' umano possibile, e di una conoscenza così esatta delle ma-

lattie mentali quale solo può essere posseduta da un esperto medico alienista. Si può facilmente simulare uno stato di apatia, o di stupore, o di demenza, «*passivo*»; o un attacco epilettico, o uno stato maniacale semplice: ma è impossibile perdurare tre mesi in uno stato così affaticante ed estenuante qual'è quello di una «confusione mentale» con completa disorganizzazione della mente e dei processi del ricambio organico.

In un individuo che simula uno stato di agitazione di disordine psicomotorio e di sitofobia prevale a breve scadenza o la stanchezza o l'impero della vitalità organica: per modo che prima o dopo l'individuo stesso viene debellato e deve cedere sia alla fatica che al bisogno del cibo.

Nella nostra malata — che fu una semplice contadina analfabeta— la sindrome psicopatica si svolse in un crescendo continuato e diede la morte: ciò significa come la volontà fosse distrutta e le particolarità morbose fossero il frutto di una vera e genuina malattia.

Per la connessione cronologica ed occasionale del trauma con i sintomi clinici si potrebbe enunciare la diagnosi generica di « *Psicosi traumatica* »: ma ritengo però di essere molto più esatto se, tenendo conto della caratteristica sindrome psicopatica sopra descritta e dell'antico ed enorme tumore tiroideo che descriverò, formulo la diagnosi nel seguente modo: **Amenza traumatica in soggetto predisposto da debolezza di spirito ed esaurito da distiroidismo cronico.**

4.

Esame Obiettivo (*intra vitam*)

a) *Esame psichico.* 21 giugno 1910. Per le condizioni della paziente si può eseguire il solo interrogatorio.

DOMANDE	RISPOSTE	OSSERVAZIONI
Come stai?	(Fa segno con la mano per dire; così, così).	
Come ti chiami?	.. Rosa Veglia	(Esatto)
Hai figli?	.. Due figli	»

Domande	Risposte	Osservazioni
Hai marito?	... Si	»
È vivo?	... Si	»
Dove sei nata?	. . . .	
Quanti anni hai?	... Passati cinquanta.	»
Dove ti trovi ora?	. . . .	»
É uno spedale questo?	... Si.	
Da quanto tempo ti trovi?	... Quasi un mese.	(Quasi esatto)
Sei malata, che male hai?	... Sì, la febbre.	(Esatto)
Chi ti ha fatto del male?	... Mi hanno menato	»
Come si chiama quello che ti ha fatto del male?	... Iuliano	»
Ê tuo parente?	... Non è mio parente solo vicino di casa.	»
Perchè hai fatto questione?	... Per niente.	»
Vuoibene a tuo marito?	... Sì l'ho visto forse venerdì.	»
Possiedi casa e terra?	... Sì.	»
Sono di tuo padre che ti lasciò o di tuo marito?	... Sì di mio marito.	«

(Le faccio dare un cucchiaio di vino marsala e la V. esclama: Madonna mia, m' arde la pancia,) (Esatto)

DOMANDE	RISPOSTE	OSSERVAZIONI
Senti questo odore? (*Le avvicino dell' acqua di Colonia*)	.... Non sa di niente.	(Esatto per probabile anosmia da debolezza.
Chi sono io?	.... Il medico.	(Esatto)
Andavi ogni giorno alla messa?	.... Andavo alla mattina, quando sì quando no.	»
Vuoi bene ai tuoi figli?	.... Sì, una si chiama Lucia, l' altro Carminuzzo.	»
Che cosa facevi in casa tua?	... Faticavo per terra. (cioè facevo la contadina).	»
Che cos' è questo?	.... Un libro	»
E questa?	.... La figliola (cioè l' infermiera che assiste, con la suora all' interrogatorio).	»
Quanto fa due più due?	.... Tre.	(Erroneo)
No, non è esatto.	.... Quattro	(Esatto)
Tre volte due?	.... Sei	»
Che cosa è questo?	.... Una lira	»
E questo?	.... Il cappello	»
E questo?	.... Pane	»
E questo?	.... L' orologio	»
E questo, questo?	.... cucchiaio, piatto	»
E questi?	.... gli occhiali	»

b) Esame somatico (21 giugno) (*intra vitam*).

Capo, cranio ovoide, brachicefalo, con lieve stenocrotafia e platicefalia. Orecchie grandi, lobulo mobilissimo e retrospinto. Mandibola ad angolo quasi retto: branca inferiore orizzontale, lunga alta.

Cicatrice lineare bianca appena visibile del cuoio capelluto, in corrispondenza dell' osso parietale destro; sottile e lievissimamente infossata: non dolente alla pressione e perfettamente scorrevole. Lunga 12 mm. con i caratteri della guarigione per prima tardiva: posta a 28 mm. dalla linea mediana sagittale a direzione obliqua dall'esterno all' interno verso la linea mediana stessa ed incrociante perpendicolarmente nella propria metà geometrica la linea bisauricolare in corrispondenza della sutura coronaria.

Misurazioni:	
Capacità cranica	1414
Grande circonferenza	551
Curva fronto-occipitale	283
Curva bisauricolare	279
Diametro massimo	162
Diametro trasverso	139
Indice cefalico	85, 8
Altezza della fronte	47
Diametro frontale massimo	103
Altezza della faccia	108
Diametro bimalare	95

Collo. Nella regione anteriore del collo che apparisce larga e come svasata, si palpa, sotto la cute mobile e asciutta il corpo tiroide enormemente ingrossato e duro. La ghiandola si presenta già al tatto bilobata perchè, percorrendone la superficie è possibile percepire il solco mediano verticale ai lati del quale si palpano senza difficoltà le due masse compatte e dure della tiroide stessa. Il volume e la consistenza della tiroide sono evidentemente di antica data e di natura nettamente patologica.

Tronco e arti. L' ispezione generale del tronco e degli arti non è ulteriormente possibile per lo stato marasmatico della paziente, nè si può compiere senza pericolo di collasso. Essa si trova completata nel protocollo di autopsia al quale, per opportunità di metodo farò se-

guire a parte l'esame macroscopico e microscopico del cervello e lo esame del corpo tiroideo.

NB. L'esame funzionale si riduce al polso, che apparisce duro, filiforme, appena percettibile. Il numero delle respirazioni è di 39 per 1' e la temperatura ascellare 36, 2. — Secondo numerose testimonianze (*Allegato 5.*) risulterebbe ancora che la Veglia fosse stata affetta, in vita, da lieve grado di sordità.

5.

Protocollo di Autopsia

(*24 Giugno, in unione al Capitano G. Madia*)

Ispezione. — Cadavere straordinariamente emaciato e di aspetto senile. Potrebbe venire attribuito con verisimiglianza a donna anche di settant' anni. Cute pallidissima, brunastra, asciutta, dura, atrofica. Pannicolo adiposo scomparso. Lieve ipertricosi nelle regioni del 3.° superiore antero laterale delle due gambe. Mammelle scomparse: solo residua il capezzolo. Masse muscolari completamente atrofiche, floscie.

Cranio. — Capelli quasi bianchi radi, corti rispetto alla lungezza media nella donna. Al cuoio capelluto si osserva una cicatrice appena visibile in corrispondenza del parietale destro e che fu già descritta in vivo. Sollevato il pericranio si osserva che la cicatrice interessa appena la cute. Nessuna traccia esiste più di questa fin dal connettivo sottocutaneo. Aperta la scatola cranica, le ossa e la diploe non presentano alterazioni: i solchi dei vasi meningei sono bene marcati. Si osserva qualche superficiale usura del tavolato interno, sulla linea mediana del vertice, in corrispondenza delle granulazioni del Pacchioni.

Dura madre liscia, di spessore normale ma opaca. Abbondantissime granulazioni del Pacchioni per tutta la lunghezza e ai lati del seno longitudinale il quale, aperto, contiene un discreto coagulo sanguigno. Notevole ispessimento delle *meningi molli.* Staccato il *cervello* coi due primi segmenti cervicali, lo si descrive a parte insieme ai suoi involucri tenui (cap. 6.).

Il *collo* presenta un rigonfiamento alla regione anteriore, dovuto ad un tumore tiroideo, il quale viene staccato insieme alla cartilagine tiroide e trachea. Se ne fa descrizione a parte (cap. 6).

Cervello e tiroide vengono repertati con l'autorizzazione del Magistrato.

Arti superiori ed inferiori. Nulla di particolare.

La rigidità cadaverica è scomparsa quasi ovunque: permane solo all'articolazione del ginocchio sinistro. Essa viene facilmente ridotta.

Tronco. Aperta la cavità toracica il lobo superiore del *polmone destro* è, nella sua porzione apicale e media fortemente aderente alla pleura parietale. Viene staccato con sforzo e con lacerazione del parenchima atelettasico. Lieve enfisema agli altri lobi e al *polmone sinistro. Pericardio* e liquido pericardico normali. *Cuore* vuoto nel ventricolo sinistro il quale presenta le pareti lievemente ispessite, piccolo coagulo al cuore destro. Valvole sufficienti. Lieve durezza dell'*arco aortico* che non è perfettamente liscio e lucido.

Addome. Milza a capsula raggrinzata, di grandezza appena superiore alla norma di circa 2 centimetri nel diametro maggiore. Polpa piuttosto molle, trabecole visibili. *Pancreas* senza alterazioni visibili. *Fegato* di volume normale un pò pallido. *Reni* senza alterazioni visibili: lievemente congesti: sostanze midollari e corticali bene differenziate. Capsula facilmente staccabile.

Tubo gastroenterico. Lo stomaco è piuttosto ampio: la mucosa è ricoperta da uno strato di muco. Il tenue presenta arrossamento della mucosa: il crasso piccole emorragie sottomucose: nell'ultima parte di questo (colon discendente) le tonache sono fortemente infiltrate, la mucosa usurata da ulcerazioni rotonde, a bordi taglienti, numerosissime, del diametro da 2 - 8 mm., interessanti mucosa e sottomucosa. Non si osservano perforazioni.

Diagnosi necroscopica: esiti di pleurite destra antica. Lepto-meningite cronica. Tumore della tiroide. Enterocolite acuta ulcerosa.

6.

Esame del cervello e corpo tiroide.

Nevrasse. Aperta ed allontanata la dura madre, le meningi molli presentano un opacamento ed un ispessimento patologico. Dal polo frontale fin quasi al polo occipitale, lungo il bordo superiore dei due

emisferi si osserva una serie compatta e numerosa di granulazioni bianche ipertrofiche (del Pacchioni) che interessano tutto lo spessore delle due membrane. L' opacamento di queste è rilevabile ancora in corrispondenza del decorso dei vasi più grossi quali l' arteria Silviana, la Rolandica e il poligono della base. Anche in questa regione, come nella regione occipitale inferiore e subcerebellare, lo spessore dell' aracnoide e della pia è sensibilmente aumentato e queste membrane sono qui pure opacate. Il loro distacco dalla superficie delle circonvoluzioni è facile in totalità e si compie insieme a quello dei vasi.

Le circonvoluzioni appariscono larghe e piuttosto piatte; nessuna lesione macroscopica si osserva. All' apertura dei ventricoli sfugge modica quantità di liquido: i plessi coroidei presentano piccoli e numerosi rigonfiamenti cistici.

Nessuna alterazione macroscopica esiste nello spessore della corteccia grigia, normale per spessore e colorito: nessuna alla corona ragiata, corpo calloso, gangli della base, peduncoli, mesencefalo, mielencefalo, primi segmenti cervicali. Si osserva invece discreta iperemia in tutta la massa encefalica. Nel ponte e nel bulbo si possono facilmente seguire le arterie radicolari e mediane che si staccano dal tronco basilare e dalle arterie cerebellari superiori e medie: così pure nei gangli della base e nel pallium si rilevano ad occhio nudo le sezioni delle corrispondenti arterie nutritive terminali.

Esame istologico della corteccia. Microscopio Koristka, oculare compensato 6 obiettivo 1|15 immersione omogenea. Metodo Pappenheim.

Circonvoluzione precentrale. L' esame istologico della corteccia cerebrale non rivela alterazioni cellulari inquadrabili in una sindrome morbosa definita: nè le poche alterazioni rilevate nei vasi possono assumere un particolare significato morboso.

Cellule. Conservata la distribuzione grossolana delle cellule nei diversi strati corticali, ognuno di questi apparisce bene individualizzato: il rapporto numerico assoluto delle cellule è conservato. Gli strati delle piccole e medie cellule piramidali non presentano alterazioni: le cellule conservano la loro forma, dimensione, colorabilità: il nucleo è ovunque centrale ed apparente: la sostanza cromatica normalmente

distribuita e colorata. Numerosi si osservano pure i nuclei di nevroglia. Anche le grandi piramidali di Betz presentano forma e colorabilità normali. Frammezzo a queste è però dato osservare qualche rara cellula con degenerazione pigmentale verso la base, pur essendo anche in essa conservato il nucleo senza alcun particolare spostamento. Qualche altra rarissima cellula presenta una lieve cromatolisi: ma per la estrema prevalenza delle cellule a forma e colorabilità normale, non è possibile dare a quelle ora descritte un particolare significato morboso. Vero è invece che la quasi assoluta totalità dei neuroni si presentano con nucleo centrale ben differenziato, con nucleolo e membrana normali, a prolungamenti bene visibili e colorati, a zolle cromatiche evidenti. Solo si potrebbe fare l'osservazione generica che le cellule sono un pò più pallidamente tinte che nella norma: ma tale diminuzione quantitativa della capacità cromofissativa è così lieve e comune a tutte le cellule del preparato che forse esse non rappresentano altro che un'attenuazione generica della vitalità cellulare. Quest'ultima non è quindi in dipendenza di una specifica forma morbosa, ma è funzione della rapida decadenza biopatica sofferta dal cervello nel decorso quasi catastrofico della psicosi terminale.

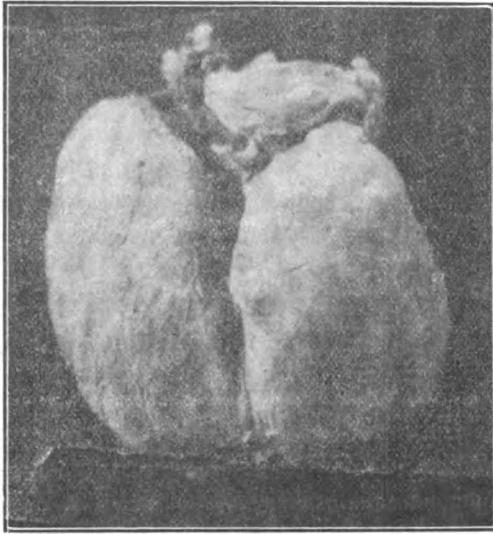
Vasi. — Alcuni vasi della sostanza grigia corticale, presentano un ispessimento patologico delle pareti senza una corrispondente riduzione del lume vasale: quasi tutti presentano ancora un'infiltrazione parvicellulare delle guaine decisamente patologica. Quale sia il significato preciso di questa infiltrazione linfocitica e di questa lieve iperplasia delle tonache vasali, non accompagnata da più manifeste lesioni dei grossi tronchi endocranici ed extracranici non è facile precisare. Tuttavia, data la serpiginosità delle temporali, la durezza del polso, una certa lieve anelasticità della Silviana, della carotide interna, dell'arco aortico verificata *intra vitam* e *post mortem* ritengo quasi per certo che il reperto descritto indichi una arteriosclerosi diffusa incipiente, in diretta funzione della cronica e primitiva intossicazione distiroidea. In favore di quest'opinione sta anche il fatto della discreta congestione vasale osservata in modo non dubbio su tutto l'ambito circolatorio intraparenchimale della sostanza encefalica.

Tiroide. La tiroide conserva in qualche modo la sua forma grossolana, ma è aumentata in proporzione enorme. La sommità dei due lobi sopravvanza lateralmente il bordo superiore della cartilagine ti-

roide la quale, anche anteriormente è per metà ricoperta dal parenchima ghiandolare .

Il bordo inferiore della ghiandola scende sino all' undicesimo anello tracheale, mentre in condizioni normali la ghiandola arriva solo lateralmente a metà altezza della cartilagine e inferiormente al 5°-6° anello tracheale: lasciando totalmente scoperta sul davanti, la faccia anteriore della cartilagine tiroide stessa.

I due lobi sono riuniti in basso per mezzo dell' istmo, bene visibile, ed hanno ciascuno press'a poco la forma di un rene ingrossato.

Il lobo destro è unico. Il lobo sinistro presenta un forte solco verticale, obliquo, posterolaterale che determina un'ulteriore segmentazione:

dimodochè esso è a sua volta costituito da due lobi secondarii di egual volume: di cui il primo è anteriore, l'altro posteriore.

A metà altezza della faccia posteriore della tiroide si osservano due *tiroidi accessorie*, di cui la sinistra è andata in parte perduta nella dissezione, non residuando che un largo peduncolo: la destra è in sito. Questa ha la forma di un rene in miniatura, è lunga 18

mm., larga 7, grossa 2. Possiede l' identica struttura macro e microscopica della tiroide.

L'altezza massima del lobo tiroideo destro è 9, 8 centimetri, la circonferenza 12, lo spessore 3, 1: quelle del lobo sinistro rispettivamente 8,-15,-3, 3. La circonferenza del corpo tiroide presa da uno a l'altro dei punti mediani posteriori di applicazione alla trachea è di 19 centimetri: il peso netto è 162 grammi; cioè almeno quattro volte più della norma quando si pensi che in condizioni normali ogni lobo non è più alto di 50 mm., largo 30, spesso 18 e che il peso totale della ghiandola non supera i 30 - 40 grammi.

La sezione in un punto qualunque dei lobi tiroidei dimostra ad occhio nudo una caratteristica ipertrofia per degenerazione colloidale delle vescicole che li compongono.

Il volume di queste è più che triplicato: molte presentano ad occhio nudo un diametro di 3 - 4 mm: alcune sono sferiche, altre poliedriche conservando in proporzione enormemente aumentata, la forma originaria. Nella porzione superiore anteriore del lobo sinistro si osserva un grosso focolaio emorragico del diametro di mezzo centimetro. Attorno a questo si osservano numerose altre emoragie puntiformi di data relativamente recente. Altri piccoli travasi con gli uguali caratteri esistono nella porzione inferiore del lobo stesso. Il lobo destro ne è immune.

Le alterazioni descritte corrispondono dunque a un *tumore tiroideo in degenerazione colloidale con emorragie intraparenchimali.*

7. Discussione Dottrinale

L'azione morbosa esercitata da traumi meccanici sul cranio sull'encefalo è oltremoto varia per intensità e per forma: e non sempre essa è in diretto rapporto, sia nelle sue manifestazioni immediate che lontane, con la intensità del trauma stesso.

Gravissime lesioni con distacco del tavolato osseo, con ferite delle meningi, dei vasi ed emorragia epi e subdurale, con distruzione della sostanza corticale grigia e bianca possono, in individui giovani e robusti produrre, oltre i sintomi immediati della commozione cerebrale

(shock) delle alterazioni che interessano esclusivamente la conducibilità e funzionalità sensoriale dei territorii lesi senza lasciare (o solo in rari casi e tenue quantità) dopo la guarigione chirurgica, reliquati psichici. Questo esito minimo si osserva prevalentemente in giovani lavoratori vigorosi: ed è certo che alla rapidità della guarigione ed alla conservazione della integrità psichica concorrono l' età giovanile, la resistenza organica specifica e l' immunità da qualsiasi predisposizione ereditaria.

In altri casi, dove il trauma si limita ad una lesione del pericranio (che può anche mancare) e ad un urto violento, (succussione), i fenomeni anche gravi di commozione cerebrale scompariscono generalmente e totalmente dopo un decorso relativamente breve.

Ma non sempre il rapporto fra trauma e sintomi è così semplice e diretto, nè l'esito così fausto.

Avviene spesso che traumi lievissimi producano (o non) delle lesioni appena percettibili del pericranio: ed in questi casi, pur dovendosi ammettere una ripercussione meccanica sull' encefalo, non si determina nessuna diretta lesione locale. Eppure subito dopo il trauma, spesso anche a distanza di settimane e mesi insorgono delle sindromi *neuro - e psicopatiche* così caratteristiche da assumere il nome generico di nevrosi o psicosi traumatiche. A queste vanno ascritte tutte le infinite varietà di nevrosi traumatiche descritte dopo il 1880 a principiare dal RAILWAY - SPINE; delle nevrosi da infortunio, di quelle nevrosi che i tedeschi denominano così felicemente „*Rentenneurosen*" (neurosi da assicurazioni); delle „Sinistrosi" di BRISSAUD: nelle quali, come in certe epilessie idiopatiche giovanili, nell' isterismo, nell' istero - traumatismo l'azione meccanica di un trauma fisico generalmente lieve si confonde e si esaurisce fino a mancare del tutto ed a compenetrarsi con un'azione puramente psichica agente in forma di shock mentale (trauma psichico, spavento).

È fuori di dubbio che in tali categorie morbose agiscono spesso quasi in antagonismo o con completa assenza dell'agente esterno meccanico, delle cause interne predisponenti (malattie anteriori diatesiche o esaurienti (tossiche), ereditarietà omo - o eterologa, nervosismo): perchè non si potrebbe altrimenti spiegare l' incongruenza di una sindrome neuro - e psicopatica imponente di fronte ad una causa occasionale traumatica relativamente lieve se fisica o eminentemente transitoria

se psichica. (E per tale ragione si potrebbe forse, a ragione, negare anche l'esistenza).

Esistono infine altri casi ed i più gravi di tutti rispetto all'esito, in cui un trauma meccanico (quasi sempre però grave), determina due forme di completa distruzione della psiche: la demenza traumatica e la paralisi generale. E poichè tali psicosi insorgono quasi sempre negli ultimi periodi della virilità o all' inizio della senilità, esse dimostrano con chiarezza la parte che deve rappresentare, nella loro patogenesi la diminuzione dei poteri organici e psichici in questi periodi già inoltrati della vita umana.

È bensì vero che in un recente lavoro il Mendel nega la paralisi generale da trauma, ma per l'autorità di molti altri (Joffroy Vallon ecc.) e per la mia personale esperienza in due casi in cui esclusa la sifilide, esistevano nella patogenesi un colpo d'arma da fuoco alla regione parietale, e un colpo d' ascia al vertice, non posso accettare tale recisa denegazione.

Una prova infine della parte predominante esercitata da una disposizione morbosa interna sulla comparsa di disturbi mentali, quando questa viene suscitata da un trauma occasionale, ma metodico e necessario (operazione chirurgica) è data dalle cosidette psicosi postoperatorie largamente commentate nel loro giusto significato. (Galdi).

In queste, un'operazione chirurgica rappresenta non di raro l' insorgenza occasionale di una psicosi (frenosi maniaco-depressiva, isteria, amenza ecc.) che preesisteva allo stato potenziale e che in ogni caso non ha nulla a che vedere con l'operazione stessa.

Dobbiamo però fin d'ora ritenere che solo un trauma assai grave può essere la causa unica e determinativa di psicosi traumatiche acute, di indebolimenti mentali definitivi e, nell' età avanzata, della demenza traumatica e paralitica. Negli altri casi nei quali un traumatismo ha agito o con una lieve succussione dell'encefalo o con lo shock emotivo, la forma psicopatica consecutiva esplode, è vero, occasionalmenle per azione del trauma stesso, ma è certamente determinata ed orientata da anteriori stati morbosi o da una disposizione neuro-o psicopatica individuale preesistente allo stato di latenza (psicosi traumatiche amenziali, nevrastenia traumatica, istero-traumatismo, epilessia).

Il Dupouy e il Charpentier che hanno accuratamente studiato i rapporti fra trauma e disturbi mentali ammettono per certo che in

molti individui uno stato morboso latente (imminenza morbosa) può scoppiare in seguito a un trauma al capo. Conviene però, secondo questi AA. considerare sempre il disturbo mentale consecutivo al trauma, fuori della personalità anteriore del soggetto, e tener conto che la psicosi, senza la causa traumatica, avrebbe potuto rimanere latente. Anche secondo i citati AA. al demenza post-traumatica è sempre il risultato di lesioni gravissime: e in certi individui predisposti può rivestire l'aspetto di una paralisi progressiva.

Per converso le classiche amnesie dei traumatizzati stanno in diretto rapporto col trauma: le sindromi confusionali ed allucinatorie in molti casi sono imputabili solo ad un antecedente stato d' intossicazione o d' insufficienza, — di solito epatica o renale, — latente. In tali condizioni d'imminenza morbosa, qualunque altro incidente della stessa importanza di un trauma (infezione acuta, shock operatorio ecc.) può produrre la stessa sindrome scoppiata in occasione del trauma.

Egualmente il TRÖMMER, pur ammettendo che i casi puri di psicosi traumatiche sono rari, ammette che la gravità di questi dipende sia dall' intensità del trauma, che dall' età, che dai momenti predisponenti coagenti; ed istituisce, per quest' ultimi casi l' equazione:

malattia mentale = *trauma* × *predisposizione*

Egli riconosce, in genere, due forme di psicosi traumatica:

1). la debolezza cerebrale traumatica (traumatische Hirnschwäche) o Encefalopatia traumatica.

2). la "amentia traumatica„ riservando questo nome, insieme con KÖLPIN ai casi più gravi di psicosi da violente succussioni cerebrali.

Noi riteniamo col suffragio dei fatti anatomici e clinici (ipertiroidismo, leptomeningite cronica) e dei dati anamnestici (semplicità di spirito) che in base ad un meccanismo del tutto analogo a quello sopra descritto si sia precisamente svolta la psicosi traumatica, presentata dalla paziente.

È noto, e non occorre qui ripetere, quale enorme importanza abbia la normale funzione della tiroide sull'economia animale e quali lesioni apportino sia la sua distruzione o atrofia (mixedema, cretinismo) che la sua ipertrofia (morbo di BASEDOW). In tutte queste forme noi osserviamo una serie imponente di alterazioni della psiche.

Sappiamo ancora — per quanto non se ne conosca la causa — che gl' ingrossamenti tumorali della tiroide sono senza paragone più frequenti nella donna che nell'uomo: e che anche nei casi in cui man-

cano sintomi decisamente psicopatici, un' alterazione generica della funzione tiroidea può provocare notevoli lesioni della sfera psichica. Queste consistono per lo più in modificazioni del tono affettivo e della volizione; sia in aumento, come la irritabilità, l' inpulsività, la variabilità del tono emotivo; sia in diminuzione come l'apatia, l'abulia, la distimia: o in sintomi nevrasteniformi, o in fenomeni *neuro -vasali*: come il cardiopalmo, il sudore, gli squilibri della idraulica generale: o infine il distroidismo favorisce l' insorgenza prematura dell'arteriosclerosi e determina un deperimento organico per mancanza od eccesso di secrezione delle tossine protettive specifiche. — Così in casi gravi ed antichi di Basedowismo si può osservare emaciazione marcata miastenia, nevralgie, crampi all'estremità, perfino monoplegie e diplegie

Anche il carattere del Basedowico è oltremodo variabile: spesso si hanno sogni terrifici, incubo, allucinazioni: e le modificazioni affettive della psiche possono andare da stati di notevole eccitazione a quelli di una profonda depressione, con impulsioni e stati dubitativi (BALLET).

Il RAYMOND e il SÈRIEUX ammettono perfino che il gozzo esoftalmico non sia che l'esponente di una particolare morbilità del sistema nervoso d'individui degenerati e predisposti: ed appoggiano la loro opinione sia sulla sintomatologia psicopatica (disordini mentali) che sui disturbi della motilità (tremori, paralisi, movimenti coreiformi) che su quelli neuro secretori (crisi diarroiche, sudorali; congestioni viscerali). —

Il tumore tiroideo presentato dalla V. data certamente da trenta e forse quarant'anni e trovò fors'anche il suo primo inizio larvato con lo sviluppo della pubertà.

Dall'anamnesi remota risulta infatti che il medico condotto conobbe sempre la paziente col tumore del collo. Si deve escludere che esso sia insorto dopo il climaterio: 1.° per la constatazione contraria del medico, ora ricordata, 2.° perchè in tali casi, che sono i più rari, si osserva piuttosto una regressione primitiva della ghiandola con fenomeni più o meno manifesti di mixedema, 3.° perchè, più spesso un tumore preesistente si accentua, a quest' epoca ed assume uno sviluppo più rapido. D'altra parte è norma generale d'esperienza clinica che grandissima parte dei tumori tiroidei compariscono in assai giovane età e si svolgono con lentissimo decorso.

Un' altro fatto, di estremo valore patogenetico sgorga dall'anamnesi; la „ semplicità di spirito ". Infinite sono le gradazioni del potenziale mentale umano: dal genio al cretino, dall'uomo energico e attivamente operante all'uomo timido, anergetico, direi quasi iposociale. Il primo tende al dominio attraverso ad un esuberante ma sano dinamismo centrifugo: la vita del secondo non oltrepassa il proprio *io* fisico e morale, restringendosi e concentrandosi in se stessa. La semplicità mentale, posta ai confini di una normalità barcollante e di una minacciosa morbilità, oltre a rappresentare un valore psicologico quasi negativo ha la sua base organica in una compagine neuronica debole, poco recettiva e facilmente offendibile: che volontieri chiamerei „ displasia cerebrale ".

Tutto ciò che, nell'organismo umano, rappresenta attività normale di produzione e di funzione è condizionato ad un minimo indispensabile di capacità biologica: al disotto del quale si ha l' inferiorità mentale che si traduce, allo esterno, con le stimmate della degenerazione somatica, della deformità mentale e della malattia o „ debolezza " in genere.

La psichiatria c' insegna con sicura tradizione clinica che gli stati di deficienza mentale, di frenastenia semplice (sia ereditarii che acquisiti) sono eccellente terreno di predisposizione a malattie di mente. Studiando le demenze primitive io stesso ho avuto campo di osservare tale verità fin dal 1903: in questi ultimi tempi vennero perfino descritte, con troppo zelo di cose nuove ma pur con antico fondamento di vero le „ demenze precoci frenasteniche ". È pur noto ad ogni psichiatra quanto spesso demenze paralitiche colpiscano individui sifilizzati si, ma che ben prima della contaminazione venerea avevano presentato il marchio della insufficienza mentale. — Nè sono meno bene conosciuti i vasti campi della degenerazione morale sulla base, spesso comune, della gracilità intellettiva; e di questa sulla base di lesioni organiche, e dell'epilessia. Così infine ricordiamo che anche nella patogenesi delle psicosi acute tossiche, da esaurimento, da infezione è spesso dimostrabile la grande importanza rappresentata dalla predisposizione e dalla insufficienza individuale. —

L'anamnesi remota della V. ci descrive la malata come una debole di spirito e di corpo: ed in questo organismo, mal compensato da natura, si era svolto lentamente, quasi a documento della malignità

creatrice, un processo di intossicazione tiroidea. Giunta così ad una senilità precoce i suoi poteri di difesa, già deboli per congenita gracilità intellettiva e minati dall'annosa malattia si trovarono ridotti ad un *minimum* di stabilità che il primo urto doveva necessariamente sconvolgere.

Ed infatti, compromessa da un momento all'altro in futile rissa e ferita in modo quasi trascurabile, la paziente subì uno shock psichico assolutamente inadeguato al movente morale ed al trauma. La navicella barcollante della sua mentalità, che appena si reggeva sul mare in bonaccia, si sfasciò al primo maroso e colò a picco.

La chiarezza e coerenza dei precedenti morbosi della Veglia e il decorso oltremodo caratteristico della psicosi terminale non lasciano dubbii di interpretazione. In un terreno predisposto da semplicità mentale, invecchiato anzi tempo e intossicato da un cronico tumore tiroideo ben potè uno shock emotivo produrre una psicosi amenziale e questa, per il rapido abbassamento dei poteri organici di resistenza, lasciar prodursi una enterocolite acuta che condusse a morte.

Nessuna azione diretta anatomo - patologica ebbe e potè avere la ferita lacero - contusa, lieve ed insignificante. —

Credo quindi di dover concludere nel seguente modo:

Conclusioni.

1. La pazzia della V. fu vera e non simulata. Fu una amenza traumatica in soggetto gravemente predisposto 1.° da semplicità di spirito; 2.° da esaurimento e precoce senilità condizionate all' intossicazione tireogena, (ipertiroidismo).

2. La follia non fu in alcun diretto rapporto con l'azione meccanica del trauma, perchè questa azione fu assolutamente trascurabile. Essa esplose invero occasionalmente per lo shock psichico (spavento) patito, ma fu determinata da una gravissima predisposizione morbosa congenita (deficienza mentale) e acquisita (intossicazione da ipertiroidismo, leptomeningite cronica).

3. La malattia mentale durò tre mesi: finì con la morte per enterocolite acuta ulcerosa sopravvenuta nell' ultimo mese di malattia.

ALLEGATI

(*Estratto dall' incartamento processuale del R. Tribunale di Salerno.*)

1) Referto dei RR. Carabinieri Stazione di Acerno. Verso le ore 17 del 19 marzo 1910 in Acerno per un precedente frivolo provocato dal diritto di passaggio su di un pianerottolo in comune che mette alle loro rispettive abitazioni vennero a diverbio certo I. Antonio fu Sabato di anni 69 contadino con V. Rosa fu Donato di anni 54. Lo I. colpì con una zappa alla regione parietale destra la V. producendo lesione lacero-contusa che però la V. anche per non allarmare i suoi di famiglia non si fece visitare e medicare dal dottore. Se non che, essendosi la V. aggravata perchè la ferita era venuta a suppurazione e dando manifesti segni di alienazione mentale, solamente il 27 marzo veniva chiamato il medico.

2) Certificato medico Dottor V. S. del 27 marzo 1910. V. Rosa presenta ferita contusa lunga circa un centimetro, larga mezzo interessante tutta la spessezza del cuoio capelluto. Detta lesione data dal 19 volgente: medicata a tempo e convenientemente sarebbe guarita in 10 giorni, ma per trascurata medicatura essendo venuta a suppurazione per guarire occorrono almeno altri 10 giorni.

3) — Id. Id. del 30 Marzo 1910.

V. Rosa da qualche giorno dà evidenti segni di alienazione mentale. La sua famiglia attribuisce detta novella malattia allo spavento avuto al momento della rissa del 19 volgente, quando fu ferita. Quale sarà la durata e l'esito della malattia non si può precisare, quale la relazione fra malattia rissa e trauma si dovrà stabilire in seguito e ove occorra con speciale perizia.

4) id: id. del R. Pretore di Montecorvino Rovella del 9 aprile 1910.

1. La ferita descritta nel rapporto 17 marzo si è cicatrizzata al ventesimo giorno.

2. L' alienazione mentale perdura ed ha bisogno di cure speciali nel Manicomio.

5) Deposizioni testimoniali 9 aprile 1910 davanti al R. Giudice Avvocato Monaco Beniamino a Montecorvino Rovella.

a) Napoletano Bellonia fu Donato di anni 20 contadina da Acerno . . . . . La V. è tuttora a letto in seguito a tale lesione sconchiudendo manifestamente nei suoi parlari, mentre prima della lesione stessa alla testa essa era un pò sorda ma ragionava regolarmente per quanto mi consta.

b) Durso Donato di Michele di anni 17 contadino.

Il Fotolicchio vedendo la moglie ferita minacciava vendetta ma la moglie, per amor di pace gli diceva che era cosa di poca importanza soggiungendogli così « me l' hai fatta tu » appunto per evitare altra rissa. . . . Ora essa non è ancora guarita, dando segni altresì di non ragionare più regolarmente nei suoi discorsi mentre prima della lesione parlava, agiva regolarmente essendo soltanto un pò sorda.

c) Avallone Amelia fu Alessandro di anni 40 sarta.

. . . . . Lavai la ferita riportata dalla V., che era di lievissima entità esteriormente ed essa ripeteva che la ferita stessa gliel' aveva prodotta con un colpo di zappa il I. affermando di non averlo voluto accusare al marito per evitare le di lui vendette e ulteriori risse. Quando il I. brandì la zappa, il Potolicchio si allontanò essendo fuggito (perchè forse impaurito dalle minacce). Quando la V. si confabulò immediatamente dopo il fatto con me, con Napolitano Bellonia e con altre del vicinato, disse la verità nell' accusare il I., essendo allora perfettamente cosciente ed essendo una donna onestissima incapace di mentire.

6) Verbale di perizia del 4 maggio 1910 dei Dottori Ser. e San. in casa della Veglia. Il dott. San. riferisce: 1.° la ferita è guarita nel ventesimo giorno ed ha portato incapacità al lavoro e malattia per giorni 20.

2.° I fenomeni di alienazione mentale vanno persistendo con intervalli come mi assicura il marito ed io stesso ho constatato.

3.° In questi momenti delle nostre odierne osservazioni la V. risponde bene alle domande che le si rivolgono, ed ha tutte le apparenze di una persona sana, non ostante che il marito qui presente persista nel dire che la moglie trovasi attualmente per la prima volta in un periodo più lungo di calma, perchè fino a ieri ha dato segni di disturbi mentali tanto da essersi rifiutata a porsi in letto durante la notte trascorsa e da minacciarlo di percosse. Il marito ha aggiunto che la moglie ha spesso allucinazioni visive terrifiche e delirio persecutorio. Riteniamo possa trattarsi di psicosi traumatica di cui non possiamo accertare natura, durata, esito: ciò che meglio si può fare in una casa di salute: e che i disturbi mentali sono con ogni probabilità in dipendenza del trauma patito, il quale ha potuto agire come causa occasionale sopra un terreno predisposto.

7) Deposizione e querela del 4 maggio 1910. Dalla bocca stessa della V. in casa propria.

Verso le ore 15 del 19 marzo, se non erro, sentendo quistionare mio marito con I, uscii di casa sul pianerottolo e mi vidi improvvisamente colpita alla testa da quello con una zappa, avendone ferita di cui è rimasto cicatrice. Dichiarai sempre che il mio feritore fu I. Mio marito si allontanò per paura, ma ritornò subito. Se dissi che mi ferì lui — ciò che non ricordo — lo feci solo per evitare la continuazione della rissa. Oggi mi sento bene in salute, come sempre tranne il periodo durante il quale il dottor S. mi curò la ferita.

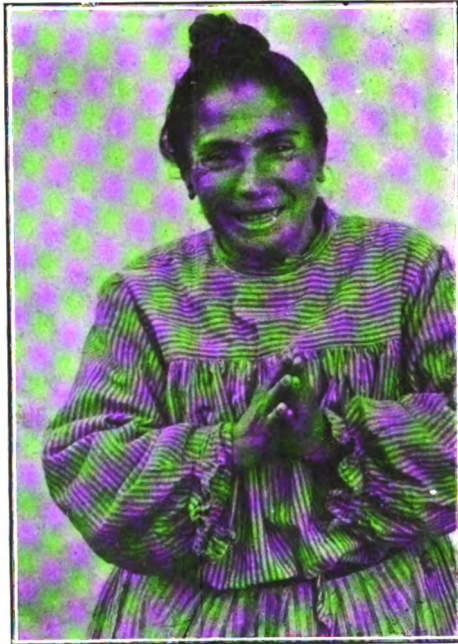
Non ho altro da aggiungere.

LAVORI CONSULTATI E BIBLIOGRAFIA

1. *Smeykal* — Psychose aprés traumatisme du cerveau — Casopis ceskych lekaru 1898. 29 (Revue Neurol. 1899 pag. 111).
2. *Mendel* — Il traumatismo comune come causa della paralisi generale. Archiv. f. Psychiatrie 3es b. 1906.
3. *Vigouroux* — Traumatisme cranien et troubles psychiques. Revue Neurologique 1908 pag. 820.
4. *Vallon et Paul* — Paralysie générale d'origine traumatique. Revue Neurologique 1908 pag. 1283.
5. *Marie* — Traumatisme et folie. Revue de Psychiatrie et de Psycologie. n. 6, pag. 261, 1908.
. *Picqué* — Traumatisme cranien et troubles mentaux. Revue Neurologique — 1907, pag. 820.
7. *Fauré* — La neurasthénie traumatique chez les arterio-sclereux. Thèse de Bordeaux n. 29, 1905-6.
8. *Seifert* — Isteria traumatica con anestesia cutanea e sensoriale in Archiv Psychiatrie 1903, pag. 1054.
. *Tissot* — Neurasthènie traumatique ayant evoluvé vers le delire systèmatisé. — Annales médico-psychologiques. Mars 1904.
10. *Gayot* — Accidents nerveux consécutifs aux traumatismes chez les prédisposés. Thèse de Paris 1904.
11. *Dreyer* — Ueber traumatische Hysterie — Monatsschrift für Unfallheilkunde — nov. dicem. 1904.
12. *Pradoura* — Traumatisme cranien et paralysie générale. Thèse de Lille 1905.
13. *Joffroy* — Traumatismes craniens et troubles mentaux. L'Encéphale, fevrier 1907
14. *Galdi* — Sulla pazzia post-operatoria. — Il Manicomio fasc. 3 1909.
15. *Laignel - Lavastine* — Des troubles psychiques par perturbation des glandes sécrétion interne. Revue de Psychiatrie et de Psycol. sept. 1908.
16. *Levi Bianchini* — Sull'età di comparsa e sull'influenza dell'ereditarietà nella patogenesi della Demenza precoce o primitiva. Rivista Sperimentale di Freniatria 1903.
17. *Mendel* — R. Der Umfall in der Aetiologie der Nervenkrankheiten — Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 21, 22, 23.
18. *Dupouy et Charpentier* — Traumatismes et troubles mentaux — Encéphale n. 4 1908.
19. *Gerlach* — Trauma, Dementia paralytica und Unfallrente — Allgemeine Zeitschr. f. Psych. p. 144 1910.
20. *Trömmer* -- Ueuber traumatische Psychosen — Allg Zeitschr. f. Psych. pag. 824, 1910.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. DOMENICO VENTRA

IL PUERILISMO MENTALE

PEL

DOTT. S. TOMASINI

Primario

Sotto il nome di *puerilismo mentale* è stato descritto recentemente dal DUPRÉ una sindrome speciale caratterizzata da uno stato di regressione della mentalità allo stadio infantile, regressione che si manifesta il più spesso nell'attitudine, nella mimica, nel linguaggio, nelle occupazioni; e che traduce la natura puerile dei sentimenti, dei gusti, delle tendenze.

Fu nel Congresso di Bruxelles, nel 1903, che P. DUPRÉ diè un rilievo maggiore a questa sindrome psicopatica, di cui aveva già publicato tre osservazioni in collaborazione con A. DEVAUX, P. GARNIER e I. CAMUS.

« È uno stato morboso, riferì DUPRÉ al Congresso di Bruxelles, che si rivela con una serie concordante e sistematica di manifestazioni psichiche ed espressive, la cui apparizione trasforma, per così dire, in un bambino di cinque a dieci anni un adulto affetto da puerilismo. »

« Incapace, riferiscono CHARPENTIER e COURBON, d'una seria occupazione, l' infermo è sempre pronto a giocare, e, secondo il sesso e lo stato della salute fisica, a correre, a saltare la corda, giuocare a bambola. Incapace d' una seria conversazione non si compiace che di ciò che interessa i bambini e si affeziona ai giuochi. »

« Se questi animalati non presentano le emozioni vive e passeggiere, la vivacità dei movimenti, che caratterizzano i bambini, essi presentano però l'impulsività, l'esuberanza, l' incostanza e la tirannia dei desideri, sui quali segni insiste tanto BERNARDO PEREZ nella sua psicologia dell' infanzia. »

É una sindrome che deve essere distinta dall'infantilismo, da ciò che è chiamato il ritorno all'infanzia dei senili, la quale si riscontra in differenti stati psicopatici, afferma lo stesso DUPRÈ.

Pochi casi si sono pubblicati di puerilismo mentale. CHARPENTIER e COURBON, nella loro memoria del 1909, ne hanno trovato solo tre: uno concernente un caso d'ascesso del cervelletto, un altro un caso di tumore cerebrale, e il terzo sopravvenuto nel corso d'uno stato demenziale senile: in tutte le altre osservazioni si tratta di accessi di puerilismo mentale detto isterico.

Da molti anni, da quasi dieci, io ho osservato in questo Manicomio, lo stato particolare puerile di un'inferma, e mi ero riserbato di studiarla attentamente dal lato psicologico, dato l'interesse che, secondo me, presentava. I lavori del DUPRÈ e quelli dei suoi allievi me l'hanno fatta oggi classificare in questa nuova sindrome psicopatica, e, data l'importanza sua, perchè è sopravvenuta nel corso di una demenza (probabilmente demenza originaria o precoce del KRAEPELIN) io la rendo pubblica insieme ad un altro caso di puerilismo mentale, che io chiamo transitorio, che si manifesta ad accessi e si svolge in un soggetto a fondo isterico, e ad un terzo caso, la cui la sintomatologia psichica si svolse su un individuo affetto da sclerosi a placche.

Riferisco quanto più succintamente posso i casi clinici e ne discuteremo in seguito l'importanza in relazione con gli studi finora fatti.

Sc. C. all'epoca della sua ammissione in Manicomio, nel 1898, aveva 35 anni, era nubile, faceva la maestra elementare.

Eredità — Poco o nulla si sa delle malattie familiari: solo il padre andava soggetto ad accessi ricorrenti di intensa emicrania.

Anammesi individuale — Nei primordi dell'infanzia sofferse le solite malattie esantematiche (morbillo e scarlattina); probabilmente ha dovutò avere qualche altra malattia infettiva, che ne abbia fatto ritardare lo sviluppo generale.

Venne educata in famiglia con principii religiosi molto rigorosi forse come se fosse in monastero più che in casa, e che ebbero un'influenza notevole sullo svolgimento del carattere. Crebbe di costituzione non molto lodevole, ed è probabile che non abbia avuta neanche un'intelligenza media, ciò nonostante prese il diploma di maestra

elementare, e disimpegnava i suoi doveri di pubblica insegnante.

L'educazione religiosa ricevuta la fè volgere al bigottismo, sicchè crebbe d'una riservatezza estrema, e dedita alla lettura di libri ascetici.

La malattia cominciò a svolgersi in modo lentissimo circa due anni prima della sua ammissione in manicomio, e con uno stato psichico depressivo, probabilmente in seguito alla morte della madre, per cui rimase sola. Allora sorse nella sua mente l'idea di voler raggiungere la perfezione umana, menando una vita esemplarmente religiosa, rimanendo nella più completa solitudine. Cominciò poi a sentire dei rimorsi per colpe immaginarie, credendo di aver perduto la benevolenza dei suoi confessori; poi cominciarono a sorgere delle idee deliranti, credendo di essere stata condannata a pene infernali. Mostrò anche delle tendenze erotiche verso il proprio confessore, ed allora agli stati depressivi succedevano degli accessi di agitazione, che la rendevano pericolosa e per cui si fu costretti a ricoverarla in Manicomio.

Venne ricevuta in Manicomio in uno stato psichico confusionale, in preda ad idee di paura e di terrore, piangeva e andava gridando: non mi disonorate, non voglio vedere uomini, se volete disonorarmi è meglio che mi mariti e così di seguito. Manifestava idee erotico-religiose, senza alcun nesso, senza coerenza; in preda a paura si volgeva al medico, per protezione: sono io sola peccatrice, mentre il mondo è pieno di giusti, perdonatemi, il Signore vi benedirà fino alla quinta generazione.

Ha la fobia del contatto, paura di tutto, e trema anche al più piccolo rumore, sicchè temendo di qualche sotterfugio essa prega il medico di non toccarla. Rifiuta il cibo, per la paura che potesse perdere l'onore, crede che il medico scriva delle cose contro di lei ai suoi confessori per farla punire, e vorrebbe leggere lo scritto. Accenna ad una allucinazione avuta: una notte sentì la Madonna che le diceva: figlia mia, guai a chi ti tocca. Ed infatti un giovanotto che volle entrare nella carrozza ove lei trovavasi morì tisico. Era sempre la Madonna che le dava ordini: non uscire, non aprire la porta. Dietro persuasioni dice che, per mangiare, vuole l'ordine del confessore. Ricorre spesso però l'idea erotica, in cui il protagonista è don Nicola, il suo confessore; così dice che non mangia, perchè le è sufficiente pensare a don Nicola; essa dipende da lui, da lui attende il perdono delle sue colpe e delle sue disubbidienze. Don Nicola è bello come il sole, è

un angelo: ed un sorriso di compiacenza irradia il viso al ricordo di lui. Alle volte non risponde alle domande ed è presa da mutacismo.

Durante la permanenza in Manicomio lo stato confusionale non migliorò mai, l' inferma rimase incosciente del suo stato psicopatico, vaga nei desiderii, debole nella volontà. Sicuramente la malattia si iniziò come una forma demenziale originaria.

In seguito l'erotismo prese il sopravvento e l' inferma si spingeva ad atti ed inviti sconvenienti, e, nella notte, si dava all' onanismo.

Fin dal 1900, cioè dopo due anni di permanenza in Manicomio, e quattro dall' inizio della psicopatia, io ho notato che lo stato di regressione della sua personalità andava verso l' infanzia. Divenne ciarliera, clamorosa, discola. Anche oggi negli atti, nelle manifestazioni, negli atteggiamenti ha sempre qualche cosa di puerile, che si nota subito, e che è spontaneo. Viene il medico alla visita della sezione ed eccola saltar sulla panca, mettersi in piede, batter le mani e i piedi e gridare, papà, ecco papà. Se può, se non è trattenuta, scappa via, si attacca al collo del medico e ce ne vuole per allontanarla. È eccitabile ed impulsiva: basta contrariarla un poco nei suoi desideri per inveire contro chiunque; di umore variabile, è disordinata nelle vesti, come incoerente nei discorsi. Notevole è l'atteggiamento puerile quando le si dice di recitare delle poesiole da bambini: s'inginocchia a terra, unisce le mani alla preghiera, e con voce monotona a cantilena recita i frammenti delle due o tre poesie, che le sono rimaste a memoria ed in questa posizione caratteristica è riprodotta nella fotografia, che accludo in questo lavoro. Non è capace di scrivere una lettera, come di fare un discorso, non ostante abbia una cultura media, essendo licenziata dalle scuole normali; però sotto dettatura scrive correttamente, ma sempre in bella calligrafia.

Nella regressione della sua personalità sono rimaste le idee deliranti prime, il suo erotismo per don Nicola, idee futili, puerili quanto mai.

A. G. venne ricoverata in Manicomio una prima volta nel 1901, uscendone guarita dopo due mesi di permanenza e ritornandovi nel 1905. I disturbi psichici, di cui ha sofferto, rimontano a molti anni avanti della sua prima ammissione, a più di quattro. Avevano sempre

come fondamento dei disturbi sensoriali notevoli, specialmente visivi ed olfattivi, che coincidevano col periodo mestruale, avendo il massimo d'intensità due giorni prima della comparsa della mestruazione, e diminuendo lentamente con la cessazione di questa. I disturbi sensoriali principali riflettevano la sfera olfattiva: ella sentiva che gli oggetti emanavano odore di petrolio, anche i cibi, donde l'idea delirante sopravveniente che il mangiare, che le si dava, fosse avvelenato. Aveva anche disturbi sensoriali visivi: sul terreno vedeva dipinti mostri, ma specialmente diavoli, e vedeva la testa di suo padre trasformarsi orribilmente, diventare persino quella di una bestia, magari con un bel paio di corna.

Quando era colpita da questi accessi allucinatori assumeva una irrequietezza, una morbosa paura, che aveva molto della paura infantile: calpestava i piedi, si nascondeva il viso con le mani, chiudeva gli occhi, per non vedere diavoli o le bestie, ma poi finiva proprio come nei bambini, con una scrosciante risata, specialmente quando pensava alla testa di suo padre fornita di corna. Essa era lucidissima, cosciente dei disturbi che aveva, e conservo alcune lettere di lei in cui minutamente descriveva questi disturbi ricorrenti in lei con il periodo mestruale.

Ha la personalità spiccata delle isteriche: carattere originale, irriflessivo, mobile, passa facilmente dal pianto al riso, atteggiando meravigliosamente il viso a questi vari aspetti del suo umore, pretenziosa quanto mai, curiosa all'eccesso, ha esagerata la consapevolezza della propria personalità.

Quando fu ammessa la seconda volta, i disturbi sensoriali avevano ancora il sopravvento, ma la psicosi pronunziata cominciava ad alterare la personalità tutta dell'inferma, iniziandosi un continuo, sebbene lento, decadimento delle facoltà mentali.

Ed ecco assumere varie forme esteriori diverse, mobili come il suo carattere, poichè si mantiene sempre eccitabile, volubile, capricciosa.

Avendo un'idea esagerata della propria personalità, manifesta un orgoglio straordinario, morboso, credendosi di nascita nobile, bella e seducente nelle forme esteriori, ed eccola atteggiarsi nelle vesti, nel camminare per la sezione a gran signora, passeggiare, cantando, per far ammirare la sua voce con un altezzoso disprezzo per tutto e per tutti, dal medico all'infermiera. Questo non implica che spesso non

si riscontri disordinata quanto mai, con le vesti discinte, con i capelli arruffati, senza accudire per nulla alla pulizia personale. Ma quello che interessa per questo studio è lo stato di puerilità che alle volte prende, ed anche spesso: l'atteggiamento infantile, che manifesta, invade, tutta la personalità di lei, dalle vesti, che si alza, perchè possan sembrare corte, dai capelli, che, sciolti, si lascia cadere giù per le spalle al viso che sembra proprio quello di una bambinona, ma specialmente è l'alterazione della voce, che impressiona: con l'indice della mano sulle labbra, come carezzevolmente si atteggiano i bambini, domanda con voce, e, direi, quasi con grazia infantile qualche cosa; il sorriso di lei è atteggiato come quello di una ingenua fanciulla.

Io son dolente di non aver potuto riprodurre la fotografia dell'inferma in questo stato di puerilismo mentale, poichè questo non dura più di due o tre giorni, ritornando poi in uno stato diverso del tutto, del tutto opposto.

S. G. di anni 22 ex carabiniere. La storia clinica sarebbe lunga a trascriversi e più lunga ancora diverrebbe se si publicasse un esame somatico dettagliato e minuzioso, inutile per lo scopo di questo lavoro, che è psichiatrico e non neurologico: riassumo quindi in poche parole.

Trovavasi l'infermo, nella sua qualità di allievo carabiniere, in un giorno di molto freddo nel dicembre, in perlustrazione con un compagno, quando si accorse di un malfattore, da loro ricercato, e ne incominciarono l'inseguimento. Questo riuscì difficilissimo ed anche pericoloso per un fiume, che attraversava la campagna, e per l'astuzia dell'inseguito. I carabinieri dovettero guadare quel fiume con acqua freddissima, quasi gelata, più volte: questa causa produsse nel nostro infermo una grave malattia nervosa, iniziatasi subito a corso rapido e con febbre.

Conseguenza ne fu una grave paraplegia, ma in seguito venne ricoverato in Manicomio specialmente pel forte eccitamento genesico, di cui soffriva, tanto da non rispettare le sue parenti intime, e perfino la vecchia madre, e ciò anche in pubblico; avendo degli scatti pericolosi e arrivando alle violenze perchè non volevano quelle donne, com'era naturale, accondiscendere ai suoi morbosi impulsi erotici.

L'infermo è affetto da sclerosi a placche. Ha andatura paretica,

incerta, atassica: sorretto da due persone procede a passi larghi e disuguali, battendo col calcagno sul suolo. La testa e gli arti superiori, quelli inferiori un pò meno, sono sede di un tremore a scosse larghe ed uguali, che si esagera fortemente durante i movimenti, che persiste anche nello stato di riposo. Il tremore si esagera nei movimenti volontari, comandati, e l'esagerazione è così forte che l'infermo non può compiere il movimento, se non dopo una serie infruttuosa di tentativi: è quindi un tremore intenzionale.

Il linguaggio è gravemente alterato: la parola non può essere pronunziata, che a stento, v'è marcata bradilalia e scandimento: ogni parola viene pronunziata in due o tre volte a seconda il numero delle sillabe, che la compongono. Al dinamometro però la forza muscolare degli arti inferiori e superiori si mantiene normale.

Il riflesso di Vestphal è esagerato nei due lati; assente quello del tendine di Achille. Pupille ugualmente dilatate, ma torpide all'azione della luce e all'accomodazione. Le varie sensibilità sono conservate. Sono notevoli i disturbi psichici; emotività esagerata, facile reazione al riso e al pianto. Dal punto di vista intellettuale si nota un certo grado di decadimento: dice che parla con Dio; che se il medico lo manderà a casa andrà a parlare col re per fargli concedere tutto ciò che desidera, ed altre idee futili.

Quando lo s'interroga aumenta la sua emotività e si mostra eccitabile.

Ha un senso di euforia notevolissimo: anche non potendo bene reggersi in piedi, volendo dimostrare di essere guarito, si mette a correre e, per non farlo cadere, lo si deve trattenere.

Ora questi fenomeni di esagerata emotività, di facile eccitabilità, di stato euforico si mostrano nell'infermo come una manifestazione puerile, puerilismo, che mette anche negli atteggiamenti, con cui accompagna le sue manifestazioni): bacia la mano al medico, appena lo vede, per mostrargli la sua gratitudine, bacia la firma propria, perchè gli dimostra non solo la sua valentia, ma ancora la sua sanità. Ed è questo contrasto tra le manifestazioni puerili e la personale costituzione dell'infermo, robusta e forte, che subito impressiona il medico. E si noti che mentre i disturbi somatici migliorano sensibilmente, i disturbi psichici sono anch'essi, sebbene lievemente, migliorati e l'infermo si è potuto dimettere dal Manicomio.

⁂

Duprè, con il suo allievo Devaux, in un caso di ascesso tubercolare del cervelletto, aveva, pel primo, osservata questa singolare alterazione della personalità, per cui propose il nome di *puerilismo mentale,* nella quale le attitudini, la mimica, il linguaggio, le tendenze, le espressioni stesse delle idee indicavano uno stato di regressione della mentalità verso l' infanzia.

Questa sindrome psicopatica, però, era stata, prima del Duprè, rivelata dal Brissaud nella sintomatologia dei tumori cerebrali, descrivendola come un semplice ritorno all'infanzia, meno la vivacità delle impressioni e la curiosità del bambino.

Avevano già notata questa *puerilità* nei loro ammalati di tumore cerebrale Cestan e Leyonne.

Schuster segnala un simile stato *ein gewisser unverkennbarer Kindlicher oder Kindischer Zug* nella sua importante opera sui tumori cerebrali, fondata su un minuzioso e completo studio statistico e clinico. Gowers designa lo stesso stato col nome di *Childishness;* Heyfelder, Immermann con quello di *Kindisches Betragen;* Mohr con *Kindisches Wesen.*

Tutte queste denominazioni simili, che poco fra loro differiscono, indicano la concordanza con cui i vari osservatori, anche non recenti come Mohr e Immermann, hanno studiato i sintomi manifestatisi in uno stato psicopatico speciale e così caratteristico da fare impiegare termini pressochè identici.

Questo stato di puerilismo, scrive Duprè, si manifesta a proposito di fatti correnti della vita quotidiana, con delle reazioni d'impazienza e di ostinazione, futili nei loro motivi, ingenue nelle loro espressioni, sproporzionate nella loro intensità, con l'impiego di parole e formule infantili nel linguaggio, del genere semplice, monotono, come impersonale e recitativo, con l'espressione un pò sciocca, con affettazione della mimica e delle attitudini nella conversazione, con la natura puerile delle tendenze, dei gusti, delle occupazioni, ecc.

Alle osservazioni di E. Duprè, fatte in collaborazione successivamente con i suoi allievi A. Devaux, P. Garnier, I. Camus, su un

caso di ascesso del cervelletto, un caso di tumore cerebrale e un caso di meningismo, si aggiunse poi quella su una demente senile, presentata al Congresso di Pau, l'osservazione di puerilismo in una isterica pubblicata da RAOUL LEROY, e infine la tesi di SOULLARD, fatta sotto l'ispirazione dello stesso DUPRÈ, i casi di puerilismo mentale a crisi di MÉNÉTIER e BLOCH, ed il lavoro coordinato di RENÈ CHARPENTIER e PAUL COURBON, premiato col premio Esquirol della Società medico - psicologica di Parigi.

DUPRÈ distingue due grandi varietà: il *puerilismo acuto* che avviene in seguito ad uno choc morale, ad intossicazione, surmenage, che scompare rapidamente, ed il *puerilismo cronico*, che si riscontra nei casi di ascessi e tumori cerebrali, e nella demenza senile.

CHARPENTIER e COURBON nel loro studio, avendo esaminato le pubblicazioni dei casi sino allora fatte e che riguardano: il primo un caso di ascesso del cervelletto, un altro un caso di tumore cerebrale, ed il terzo che sopravvenne nel corso di uno stato demenziale senile, mentre tutte le altre osservazioni riguardano accessi di puerilismo in soggetti isterici, hanno diviso il puerilimo mentale in:

1. puerilismo mentale isterico,
2. puerilismo mentale nel corso di lesioni circoscritte encefaliche (tumore cerebrali, ascesso del cervelletto),
3. puerilismo demenziale senile, o meglio puerilismo negli stati di defecit intellettuale congenito o acquisito.

In verità si è stati molto affrettati nel dare tante suddivisioni, e si può dire che se ne siano fatte quanti sono i casi pubblicati, il che, a parer mio, intralcia lo studio di questa sindrome psicopatologica, il quale è appena appena al suo inizio.

È certo però che il puerilismo mentale si può suddividere in due stati, secondo la personalità in cui sopravviene: cioè puerilismo mentale isterico parossistico, e puerilismo demenziale. Esaminiamo brevemente questi casi.

Il puerilismo mentale isterico, detto parossistico dallo stesso DUPRÈ prima di chiamarlo acuto, si mostra in modo transitorio.

Secondo lo studio di CHARPENTIER e COURBON, delle pubblicazioni di puerilismo mentale isterico se ne sono fatte poche, non ostante la diffusione della malattia: essi ne hanno utilizzato appena cinque: due anteriori alle pubblicazioni del DUPRÈ, cioè un caso di MABILLE e RA-

MADIER, uno di PITRES; poi i casi di DUPRÈ e CAMUS, DUPRÈ e GARNIER, e l'osservazione recente di RAOUL LEROY, ma io credo che i casi anteriori alla descrizione fattane dal DUPRÈ debbono essere eliminati.

Questi casi hanno elementi comuni e costanti: cioè allucinazioni, specialmente visive, penose e terrifiche, e poi un certo grado di confusione mentale. Essi credono difficile di non vedervi uno stato di confusione mentale delirante, con delirio onirico allucinatorio, vero sogno attivo e amnesico, che spiega il nome di stato secondo dato a questa sindrome dai primi osservatori (CAMUSET, VOISIN). Questo stato d'origine tossico-infettivo è accompagnato da febbre in un caso (DUPRÈ e CAMUS); da fenomeni tossici alcoolici in un altro (DUPRÈ e GARNIER); dalla comparsa del primo periodo mestruale nel caso di LEROY.

Sicchè i suddetti autori concludono che verosimilmente degli stati tossi-infettivi con accidenti convulsivi e confusionali, accompagnati da delirio onirico più o meno marcato, possono dare questo spiccato quadro fenomenico.

Il mio caso è degno di considerazione perchè non è accompagnato da uno stato tossico infettivo almeno appariscente. È sì una forma psicopatica dovuta specialmente allo stato anomalo, con cui si mostrava il periodo mestruale, e con cui esattamente coincideva; ma lo stato di puerilismo mentale non è sopravvenuto nei primi anni della malattia e quando l'inferma trovavasi nel periodo mestruale; sibbene quando si era già stabilito uno stato demenziale, e, pur non escludendo che il periodo mestruale portasse sempre con sè un aggravamento delle condizioni mentali, (confusione mentale, disordine esterno, eccitabilità esagerata, facile reazione, agitazione psico-motoria); non se ne può dedurre logicamente che esso fosse dovuto ad uno stato tossiemico per causa della funzione mestruale. Vi deve certamente influire lo stato mentale debole, sia originario che consecutivo, e nelle isteriche lo speciale stato psichico. Infatti, l'osservazione di RAOUL LEROY riguarda una ragazza di 13 anni appena, quando cioè lo sviluppo intellettuale era in evoluzione, mentre altri casi si possono attribuire allo stato di *ecmnesia* di PITRES.

Infatti nel 1882 PITRES descrisse negl'isterici un *delirio ecmnesico* che BLANC FONTENILLE, citato da CHARPENTIER e COUR-

BON, così definisce: « una forma d'amnesia in cui la memoria è interamente conservata per tutti gli avvenimenti anteriori a un periodo determinato della vita del soggetto e completamente abolita per gli avvenimenti sopravvenuti posteriormente a questo periodo. »

Questo stato di ecmnesia, in verità, a me pare che si riannodi allo stato secondo di ADAM, con cui credo abbia molti punti di contatto.

Ad ogni modo CHARPENTIER e COURBON osservano: dato che questo periodo della vita, alla quale si arresti la memoria, sia verso il decimo anno, allora il delirio ecmnesico si manifesterà con il puerilismo mentale.

Il puerilismo mentale, da me osservato, è transitorio, si può dire che dura qualche giorno, e, data la costanza di altri sintomi anche a base isterica, mi sembra difficile che questo stato di mentalità puerile si possa riferire ad un delirio ecmnesico di PITRES o ad uno stato secondo di ADAM.

Uno studio molto più dettagliato, riguardante non solo lo stato mentale dell'inferma in queste specifiche condizioni ma anche il modo di smolgivento e la durata di esse, darebbe modo di conoscere se questo stato si deve a condizioni speciali, o meglio alla natura stessa dell'isterismo, entrando quindi nel gruppo sintomalogico dell'isterismo. Sotto questo punto di vista il puerilismo mentale deve distinguersi dagli stati psichici infantili.

Il puerilismo o infantilismo psichico non si trova solo nelle giovani età e nei cosidetti frenastenici; la mentalità infantile è invece appannaggio di non poche isteriche, dice DE SANCTIS; ed infatti il carattere infantile degli isterici fu messo in evidenza dalla scuola francese e specialmente da PIERRE JANET.

DE SANCTIS crede poi che la mentalità infantile si trovi anche in alcuni casi di malattia di FRIEDREICH, di sclerosi multipla e in alcune forme di indebolimento mentale acquisito degli adulti e dei vecchi.

Si trova, altresì, il puerilismo mentale fra i membri di società fittizie, come e specialmente nelle monache, per la educazione che ricevono e per un obbligo di ubbidienza e di schiavitù, che annulla la propria personalità, sicchè spesso si hanno reazioni puerili nel personale di asili, e luoghi di cura, in cui è reso impossibile ogni contatto col mondo esterno, ogni confronto con la realtà sociale; si tro-

va anche uno spiccato puerilismo mentale negli eunuchi, nei musici cantori del Vaticano (vanità, abbigliamento, timidità, giuochi).

Però debbo subito dichiarare che, in molti di questi casi citati dal De Sanctis, non riscontro io la sindrome puerilismo mentale descritta dal Duprè; e credo che il De Sanctis ne abbia allargato il concetto fino a confonderlo con l'infantilismo psichico, di cui egli, con tante pregiate pubblicazioni, si è occupato.

De Sanctis, infatti, nella folla che racchiude la Frenastenia distingue tipi mentali affatto differenti fra loro, ed alla mentalità idiotica, mentalità imbecillesca, mentalità vesanica, aggiunge un quarto tipo, la mentalità infantile, racchiudendovi il puerilismo mentale o psichico.

Ora è evidente che, pur accettando questa classificazione di mentalità, non vi si può includere il puerilismo mentale di Duprè, che è una sindrome a sè, tutta speciale, secondo me: questo infantilismo mentale di De Sanctis non è altro che deficienza o insufficienza di evoluzione psichica, anche arresto di sviluppo psichico.

Brissaud difatti, a cui lo studio degli infantilismi deve il suo maggior progresso, accetta anche lui un infantilismo psichico come il De Sanctis, e gli dà una patogenesi paratiroidea, mentre De Sanctis crede che nella sua etiologia sia più oscuro di tutti gli altri infantilismi; solo qualche volta è probabile che la sua patogenesi sia eguale a quella degli altri infantilismi parziali; cioè dovuta alla tiroide.

Anche queste osservazioni del Brissaud e del De Sanctis sulla patogenesi del puerilismo mentale confermano la mia opinione, che ci troviamo in un campo del tutto differente dal puerilismo mentale di Duprè.

∴

I primi casi studiati di puerilismo mentale, anche quelli dello stesso Duprè, riguardano alterazioni cerebrali, tumori ed ascessi e De Sanctis accenna anche ad un puerilismo mentale nella sclerosi multipla.

Nel trattato di Patologia mentale del Ballet, Duprè fa osservare come questo stato mentale da lui descritto era stato spesso notato da varii autori nel corso di tumori cerebrali ed il Duprè stesso, insieme

col DEVAUX, lo descrisse in un caso di ascesso cerebrale.

Ora si noti che nei tumori cerebrali, specialmente quelli del lobo frontale (e la letteratura in questi casi è abbastanza estesa) come anche in quelli del lobo parietale, si nota decadimento mentale, demenza, che è forse il sintomo più appariscente.

Nel caso di ascesso cerebrale del DUPRÈ e DEVAUX, fu nella settimana precedente la morte, e quindi negli ultimi momenti di vita, che si manifestò nell' infermo uno stato di profonda confusione mentale, accompagnata da qualche *idea puerile*, così in tono infantile l'infermo chiedeva ai parenti un libro di Giulio Verne e dei soldatini di piombo come strenna, e dopo un pulcinella.

CHARPENTIER e COURBON, a questo riguardo, fanno notare che i disturbi mentali degli ascessi e dei tumori cerebrali dipendono esclusivamente da tre cause: compressione del cervello; disturbi circolatori intracranici; intossicamento della sostanza cerebrale dovuto in un caso al processo tossi-infettivo infiammatorio, nell' altro ad avvelenamenti per veleni cellulari d' origine neoplasica. E siccome sorride loro la etiologia tossi-infettiva del puerilismo mentale, così fanno notare la parentela del puerilismo mentale con gli ascessi del cervello: sarebbero manifestazioni sintomatiche diverse, che riconoscerebbero le stesse cause tossi-infettive.

E questa etiologia vien dimostrata constatando una idea delirante puerile, sorta in uno stato di *profonda confusione mentale* che accompagna gli ultimi giorni di un infermo di ascesso cerebrale.

E vi ha di più; questo stesso argomento, secondo gli stessi autori, parla in favore della natura puramente tossica di certi accidenti qualificati fin qui come isterici.

La critica a queste argomentazioni sarebbe così facile (e la medicina invece e specialmente la patologia mentale, è, nell'etiologia, di così difficile interpetrazione!) che può farla ciascuno col buon senso clinico, che ogni studioso impara al letto dell' ammalato.

Lo stato di puerilismo mentale si trova specialmente, e ne assume, secondo me, la forma caratteristica, negli stati demenziali, senili o pur no. Del puerilismo mentale senile se ne occupò pel primo lo stesso DUPRÈ al Congresso di Pau; poi ne pubblicò un altro caso ETCHEPARE e l' ultimo è quello di CHARPENTIER e COURBON. DUPRÈ, che continua lo studio di questa sindrome morbosa speciale,

recentemente, insieme a TARRIUS, ha presentato una donna con una sindrome di puerilismo mentale, sopravvenuta in modo brusco nel corso di un accesso di mania; il che dimostrerebbe, secondo gli autori, che esso può trovarsi in diversi stati psicopatologici.

Rimane il puerilismo mentale, che sorge in alcune malattie nervose, come il morbo di FRIEDREICH, la sclerosi a placche; di questi casi che io sappia nessuno ne è stato pubblicato, solo un accenno si trova nello studio del DE SANCTIS; il primo, in quest'ultima malattia, sarebbe il mio, il quale è importante anche per la causa, che lo ha determinato e per lo stato mentale che l'ha accompagnato.

∴

Lo studio attento di questi tre casi di puerilismo mentale, che io pubblico, in tre infermi psicopatici tutti differenti, dà luogo ad interessanti osservazioni.

Il primo caso di puerilismo è *permanente*, accompagna lo stato demenziale di una donna probabilmente affetta da demenza precoce, o originaria, come io la chiamo; stato di puerilismo che la fa la più nota inferma fra le migliaia di ricoverate, che sono state accolte in questo Manicomio.

Nel secondo caso il puerilismo mentale è *transitorio*, dura qualche giorno, uno o due al più, e si manifesta specialmente negli atteggiamenti esteriori e nel tono della voce: si è prodotto in una donna ancora giovane, in una forma psicopatica eminentemente isterica, e il cui esito finale è stato un decadimento mentale non molto notevole.

Sicchè, anche in questa forma cosidetta isterica, il puerilismo mentale è sorto quando si erano già manifestati i segni dell'indebolimento mentale.

Rimane il terzo caso di sclerosi a placche: questo in un uomo giovane e robusto. Dalla storia clinica appare subito che anche qui il puerilismo mentale si trova accompagnato da decadimento mentale fin da principio: i sintomi della neuropatia si manifestarono insieme a quelli psichici; non solo, ma migliorando i sintomi della sclerosi a placche e con essi alcune delle manifestazioni psicopatiche, sono andate a poco a poco diminuendo quelle note di puerilismo, che presentava. Anche recentemente, e specialmente dal FRAGNITO, si sono studiati

i disturbi mentali della sclerosi a placche e si è visto che in gran parte sono dovuti a fatti di decadimento psichico.

Charpentier e Courbon, nella loro memoria, e la cito sempre, perchè è lo studio più completo finora pubblicato e quello che è venuto a conclusioni importanti, dividono come si è detto il puerilismo mentale del Duprè in: puerilismo confusionale; puerilismo demenziale; e puerilismo costituzionale.

Il puerilismo confusionale è d'origine tossi-infettiva, caratterizzato da uno stato delirante acuto, transitorio, che sopravviene nei predisposti in casi di eso o endo-intossicazioni diverse.

Si tratta di alternanze della personalità per regressione, e in questa categoria debbono rientrare i casi di puerilismo isterico, da tumori ed ascessi cerebrali.

Il puerilismo demenziale è uno stato cronico legato all'indebolimento mentale e al progredire dell'amnesia. È una alienazione della personalità per regressione; è una tappa della regressione della personalità parallela alla regressione della memoria.

In questo gruppo rientrano i casi di puerilismo mentale nel corso dell'evoluzione delle demenze vesaniche, senili, organiche.

Il puerilismo costituzionale è una stigmata di arresto di sviluppo intellettuale.

Ora, dallo studio dei casi fin qui apparsi, compresi quelli descritti dagli stessi Charpentier e Courbon, e specialmente dai miei, io mi son fatto un concetto differente della sindrome: « puerilismo mentale del Duprè ».

Io non posso accettare il puerilismo costituzionale, che si riduce ad un arresto di sviluppo e il puerilismo mentale che sorge nei deficienti, in cui l'evoluzione psichica non si è compiuta, il puerilismo mentale che si riscontra, quindi, perfino nei fanciulli. Mi sembra una contradizione manifesta; noi nei deficienti, nei fanciulli non possiamo trovare che mentalità puerili.

E non accetto neanche il puerilismo confusionale, dovuto a veleni eso o endogeni. A me sembra che, con molta facilità, si sia visto un legame intimo fra i possibili veleni che si possono, anzi che si producono certamente, in un ascesso cerebrale, e la semplice manifestazione mentale — puerilismo — legame non dimostrato da alcun fatto sperimentale o clinico; e molto più quando con maggiore facilità si

fanno rientrare, con un semplice sillogismo, in questa categoria dei fatti di natura isterica.

Io accetto soltanto il puerilismo che sorge su un fondo di decadimento mentale: esso non è una sindrome speciale, ma è uno *stato mentale particolare* molto raro sì, e che sopravviene in dementi, come uno stato delirante particolare, che può trovarsi in varie psicopatie.

Il puerilismo mentale, a me sembra ovvio, non può sorgere che in individui a mentalità media, evoluta, se no quel contrasto evidente fra l'individuo, il cui organismo si è già affermato nella sua evoluzione completa, e la manifestazione di una mentalità puerile, contrasto che, secondo me, forma essenzialmente la sindrome del Duprè, non esisterebbe; poichè non credo sia ragione sufficiente quella che li caratterizza per una reversione precoce della loro personalità ad uno stadio anteriore del loro sviluppo psicologico, nè l'altra che l'infantilismo è caratterizzato da stimmate fisiche, mentre il puerilismo mentale infantile ha caratteri psicologici.

É perciò che io credo che il puerilismo mentale trova la sua spiegazione soltanto nella psicopatologia, e non ne accetto la teoria tossi-infettiva. La conferma di questa mia opinione la trovo negli importanti studi del Ribot, il quale ha dimostrato che la personalità è un fenomeno essenzialmente di memoria; e che la memoria segue una determinata legge di regressione, nota col nome di legge del Ribot: la memoria, cioè, regrede progressivamente dall'instabile allo stabile, segue la linea della minore resistenza, cioè, della minore organizzazione. Io quindi accetto la definizione del Duprè che nei casi di puerilismo mentale si tratti di regressione della personalità.

Date queste osservazioni, io ritorno alla divisione fatta dal Duprè stesso, e, avendo dalla mia parte la clinica, divido il puerilismo mentale in:

puerilismo mentale transitorio;
puerilismo mentale permanente.

Noi non sappiamo per quali ragioni si manifesta in modo transitorio il puerilismo mentale nei soggetti isterici, ma con decadimento mentale; è possibile riferire questo stato transitorio a tutto il carattere che informa la multiforme sindrome dell'isterismo, cioè la mobilità, la transitorietà; mentre nei soggetti, in cui la psicopatia è organica, esso si presenta permanente; e quando esso sorge su una

forma prevalentemente neuropatica, ed i sintomi psichici sono secondari, allora lo stato di puerilismo è suscettibile di miglioramento, se diminuiscono i segni della malattia nervosa.

Sicchè, ripeto, io ritorno al concetto primitivo del DUPRÈ, che tanto bene e tanto esattamente ha, secondo me, caratterizzato e diffusamente studiato il puerilismo mentale, concetto che è stato, a mio parere, di molto allargato negli studi ulteriori dei suoi allievi.

Soltanto di difficile diagnosi verrebbe ad essere il puerilismo mentale, che può svolgersi in un demente senile; ma lo stesso DUPRÈ, che ne presentò un caso al Congresso di Pau, fa notare che non v'è se non analogia di parola con quello stato, che è il ritorno all'infanzia dei vecchi deboli di mente.

Così egli li differenzia:

« I vecchi deboli richiamano alla mente il bambino per la versatilità capricciosa dell'umore, la futilità e l'illogicità delle loro gioie, e delle loro collere, le manifestazioni istintive e ciniche del loro egoismo; la materialità dei loro appetiti, lo richiamano specialmente, perchè come il bambino sono incapaci di dirigersi da soli, di nutrirsi senza il soccorso e l'assistenza degli altri; e il decadimento progressivo, globale delle facoltà psichiche realizza, allora, nei vecchi, uno stato d'inferiorità sociale, rassomigliabile allo stato di minorità fisiologica del bambino ».

Nei vecchi affetti da puerilismo demenziale si riscontrano più o meno accentuati questi caratteri propri alla sindrome demenza; ma si osservano, inoltre, i sintomi psicopatologici propri alla sindrome puerilismo, che si riassumono nella regressione della personalità psichica allo stadio infantile.

Il puerilismo mentale, quindi, è una sindrome psicopatologica rara, che si presenta nei soggetti con decadimento mentale, sia questo dovuto ad una forma speciale di psicopatia, o ad una nevrosi come l'isterismo, o ad una neuropatia.

Accettando quindi il concetto del DUPRÈ, che primo lo descrisse il puerilismo mentale si può definire uno stato di regressione della mentalità allo stadio infantile; e nelle sue manifestazioni è permanente o transitorio, quando si svolge su un fondo isterico.

Nocera Inferiore, Ottobre 1910.

BIBLIOGRAFIA

E. Dupré — Un syndrome psychopatique particulier: le puérilisme mental — **Congrès** de Bruxellex, 1903.

E. Dupré et L. Devaux — Abcès du cervelet, Puérilisme mental. Soc. de Neurologie 1903.

E. Dupré et Garnier — Transformation de la personnalitè. Puérilisme mental. Soc. de Neurologie 1902.

E. Duprè — Traité de Pathologie mentale *Gilbert et Ballet*. Paris 1993 p. 1167.

E. Dupré et I. Camus — Méningisme et puérilisme mental chez une hysterique (Revue neurologique luglio 1903 p. 661).

Raoul Leroy — Un cas de puérilisme mental chez une hysterique; guérison par suggestion. (Societé médico-psychologique. Ottobre 1904. Annales méd. psych. 1905).

E. Duprè — Le puérilisme demenzial senile. — Congrès de Pau 1909.

Duprè et Tarrius — Puérilisme mental et manie — Societé de Psychiatrie — giugno 1910.

Brissaud et Souques — Traitè de Médicine. Paris. 1904, t. IX.

Cestan et Lejonne — Tumeur du lobe frontal. Soc. de Neurologie. Luglio 1991.

P. Schuster — Psychische Störungen bei Hirntumoren. Stuttgart 1902 p. 333.

Gowers — Trattato delle malattie nervose.

Heyfelder — Med. Annal. Bd. V.

Immermann — Berl. Klin. wochenschr. 1865.

Mohr — Schnidt's Iarbüchex 1861.

Soullard — Le puérilisme mental — Thèses de Paris. 1905.

Ménétier et Bloch — Le puérilisme mental — Revue neurolog., dic. 1905.

Mabille et Ramadier — Revue de l'hypnotisme 1888.

Pitres — Leçons clinique sur l'hysterie et l'hypnotisme t. II p. 290.

H. Blanc-Fontenille — Ètude sur une forme particulière de delire hystérique (délire avec ecmnésie) (Thèse de Bordeaux 1887).

De Sanctis — Gli Infantilismi. Rivista di Psichiatria 1905.

Ethepare — Archivos de Psiquiatria y Criminologia — 1907.

Ribot — Les Maladies de la personnalité — PARIS 1881.

» — Les Maladies de la memoire — PARIS 1888.

R. Charpentier et P. Courbon — Le puérilisme mental et les états de régression de la personnalité — L'Encéphale, 1909.

Manicomio di Firenze
diretto dal Dott. P. Amaldi

Ricerche sull' « acido glicuronico » negli epilettici

DEL

Dott. O. Pini

I numerosi studi sulla intima essenza della predisposizione, per quanto non abbiano ancora dato risultati del tutto attendibili, pur tuttavia l'ipotesi che essa sia in dipendenza di speciali condizioni anatomiche, forse consistenti in distrofie di organi e di tessuti, non è priva di solido contenuto scientifico. Realmente un difetto di evoluzione può benissimo verificarsi in ogni tessuto, o meglio negli elementi dello stesso tessuto, e palesarsi ora con la semplice aplasia, ora con anormali proprietà vitali ataviche. E data la correlazione che deve necessariamente passare, e passa, fra organo e funzione si può inferire che ad ogni alterazione anatomica, per quanto tenue, deve logicamente corrispondere un'alterazione funzionale. Non solo, ma si è studiato altresì per qual tramite, e come avvenga, che alterazioni di dati organi facciano risentire la propria azione su altri, con i quali trovansi in indiretti rapporti, e così fu ricercata la spiegazione dei rapporti che intercedono fra lesioni encefaliche e alterazioni del metabolismo. Scrive a questo proposito il Catola che " per quanto sia quasi impossibile trovare realizzate in patologia umana condizioni tali che permettano di stabilire un rapporto, scevro da critica, fra lesioni encefaliche e alterazioni metaboliche, pure date le leggi attuali dell'energetica biologica e della correlazione, da tutti ammessa, anche dai neo-vitalisti, è rigorosamente logico pensare che alterazioni anatomiche presiedano all'esplicazione dei quadri morbosi ". — Questo ammesso, è lecito pensare anche il caso inverso, cioè che alterazioni metaboliche possano far risentire la propria azione sul sistema nervoso centrale, comprese le sue più alte manifestazioni.

Così non è difficile a concepire come sovente certi fenomeni di incompleto metabolismo possano essere considerati come sorgente di

sostanze autotossiche, capaci di esercitare la propria influenza sul sistema nervoso, sopratutto se anch'esso è congenitamente debole. Ammessa adunque una difettosa evoluzione citologica o istologica di alcune parti costituenti l'apparecchio gastro - enterico, od uropoietico, o della glandula epatica, o delle glandule a secrezione interna, può logicamente comprendersi come certe sostanze, le quali vengono appunto normalmente in quei dati organi od apparecchi elaborate, ovvero da essi eliminate, subiscano per dato e fatto della difettosa evoluzione anzidetta, un'interruzione del loro completo ciclo trasformativo, per modo da dar luogo alle produzioni di quei prodotti intermedi del ricambio, le cui efficienze sono state variamente interpetrate fino ad essere ritenuti come gli specifici produttori di dati fenomeni psico e neuropatologici. Se distruggendo una porzione di fegato ad un animale gestante, purchè l'azione del detto organo di fronte all'intero organismo non sia naturalmente in modo definitivo annullata, il fegato del neonato, secondo recenti ricerche, presenterebbe una minore resistenza alle malattie di quest'organo: è facile prevedere quanto questo principio, allorchè sia esattamente controllato, possa contribuire alla esatta spiegazione di molti fenomeni, fino ad oggi abbastanza oscuri, della patologia. Ritornando ai prodotti intermedi, dei quali più sopra abbiamo parlato, se essi trovano un sistema nervoso completamente e normalmente sviluppato e difeso, esso può restare muto, ma ciò non avverrà se esso invece sia o congenitamente debole o per malattie intercorrenti indebolito. Molteplici e svariati possono adunque essere i *deficit* organici e variamente accoppiati, e non sempre il sistema nervoso centrale è il *primum peccans* ed il solo: l'organismo umano non può essere considerato sotto una forma esageratamente semplicista e schematica: le leggi di reazione anatomo-patologica e chimico-biologica ci sono per ora in gran parte ignote, donde la difficoltà della ricerca e della esatta interpretazione di molte malattie sovratutto nel campo delle malattie mentali. A ciò ha accennato chiaramente il CATOLA scrivendo che " manca ancora la prova sicura per stabilire se l'attività centrale morbosamente alterata, e le eventuali lesioni anatomiche concomitanti siano o no capaci di provocare una modificazione più o meno sensibile del metabolismo organico, che potrebbe avvenire sia per l'immissione nel circolo degli umori di prodotti anormali provenienti dal processo anatomo - patologico locale in atto, sia per l'offesa di presupposte funzioni trofico - regolatrici del cervello, sia con ambedue i

meccanismi ". Non sempre devesi ritenere il cervello come precipuo focolaio autoctono di certe sue alterazioni anatomiche e funzionali, bensì la difettosa evoluzione di altri organi, i quali indirettamente, per il tramite di dati umori imperfettamente elaborati, fanno risentire la loro azione sul cervello, ancora esso eventualmente predisposto e poco difeso. Alterazioni di origine esterna, come le comuni infezioni, ovvero di origine interna, possono egualmente indurre gravi fenomeni in tutto l'organismo, sistema nervoso compreso: fenomeni morbosi di natura tossica, i quali pur non costituendo nulla di specificatamente patogenetico, pure ci dimostrano l'esistenza di una intossicazione dell'organismo, la quale può benissimo alterare il giuoco di quelle auto o anticitolisine, o meglio neurocitolisine, il cui alterato rapporto può provocare stati morbosi svariati del sistema nervoso centrale. Ma sempre come causa primigenia deve forse invocarsi un'alterazione nei processi evolutivi organici, causa alla loro volta di alterazioni funzionali e di disequilibri nell'economia dell'organismo, i quali se possono talvolta essere compensati e quindi restare eiettivamente muti, in generale sono il fondamento del *quid* oscuro, che sta, come scrive BILANCIONI, alle frontiere della malattia, sui termini delle quali è scritto predisposizione e morbilità!

Queste considerazioni preliminari ho voluto premettere avanti di esporre il disegno delle mie ricerche, le quali si prefiggono lo scopo di conoscere se altri prodotti intermedî e di qual natura, oltre i già noti, si determinassero in talune psicosi e psiconeurosi, ovvero se detti prodotti potessero ragionevolmente essere ritenuti quali eventuali fattori di determinati quadri psicopatici. Sono abbastanza recenti le ricerche eseguite su quel prodotto intermedio che è il carbamato d'ammonio, allo scopo di stabilire l'eventuale nesso di causa e di effetto fra esso e lo scoppio dell'accesso epilettico. Il carbamato d'ammonio, che è un prodotto intermedio della formazione dell'urea, fu riscontrato nel sangue da KRAINSKY al momento dell'attacco insieme con abbondante ammoniaca e GUIDI e GUERRI non sarebbero alieni dall'attribuire ad un eccesso di composti ammoniacali sotto forma appunto di carbamato d'ammonio, un'importanza capitale nella genesi, o per lo meno, nella esagerazione dei fenomeni convulsivi epilettici. Sarebbe un facile sfoggio di erudizione il riportare qui tutto, o gran parte delle ricerche, fatte sulle intossicazioni come causa di psicosi e più specialmente nei riguardi

dell' epilessia. Ho accennato soltanto alle più recenti, come quelle del KRANISKY, di GUIDI e GUERRI e aggiungo quelle di CAMPIONI, che nelle sue pregevoli ricerche sugli eosinofili nel sangue degli epilettici avrebbe constatato che nel periodo interaccessuale degli epilettici esiste un'ipereosinofilia più o meno spiccata, che sta forse a indicare una reazione dell'organismo alle tossine già circolanti nella massa sanguigna: durante l'accesso le eosinofili diminuiscono, forse senza mai scomparire, per una probabile ragione chemiotattica negativa di esse davanti alle tossine. Da queste constatazioni l'A. deduce che la eosinofilia dei periodi interaccessuali e la normalizzazione di tali elementi durante l'accesso, potrebbero essere di appoggio alla teoria autotossica dell' epilessia.

Mosso anch'io dal concetto che certi composti intermedi possano eventualmente indurre, se non voglionsi e non debbonsi considerare come uniche cause efficienti, per lo meno una esagerazione dei fenomeni morbosi in certe forme di malattie mentali, mi sono accinto alla ricerca dell'acido glicuronico nella demenza precoce, nella frenosi maniaco - depressiva e nella epilessia. Per quanto mi sappia, ricerche su tale composto intermedio nella formazione dello zucchero, negli ammalati di mente, non sono state eseguite sin qui.

L'acido glicuronico ($C^6 H^{10} O^7$) è un derivato del glicosio avente i caratteri delle aldeidi e degli acidi. Secondo SCHMIEDEBERG si trova in tutte le orine normali accoppiato al fenolo, all' indossile, allo scatossile, formando con essi gli eteri glicuronici. Esso, secondo le ultime ricerche, rappresenterebbe un prodotto intermedio del metabolismo degli idrati di carbonio. MAYER in uno studio generale sugli acidi che si formano intermediariamente alla decomposizione dello zucchero si occupa più specialmente sul modo di contenersi dell'acido glicuronico e dice che esso è da considerarsi come un prodotto d'insufficiente ossidazione dello zucchero. L'acido glicuronico non si troverebbe libero in natura, ma sempre in forma accoppiata: di quale forma sia questo legame non conoscesi esattamente. Le esperienze fatte sin qui per l'analisi quantitativa dell' acido glicuronico accoppiato non hanno dato nessun risultato soddisfacente, forse perchè l' acido glicuronico libero nella misura in cui vien messo in libertà dalla combinazione accoppiata, entra a far parte di una reazione secondaria.

L'acido glicuronico aumenta in seguito ad ingestione di alcune sostanze medicamentose, così WOHLGEMUTH in un caso di avvelenamento per cocaina, che aveva condotto a grave stato asfittico, osservò che per 5 giorni l'orina conteneva acido glicuronico e nel primo giorno anche glucosio. Egli spiega la comparsa dell'acido glicuronico con l'ipotesi che, per dato e fatto dell'asfissia cocainica, l'organismo avesse perduta la capacità di mantenere il normale processo di ossidazione, ciò che dimostrerebbe appunto come l'acido glicuronico sia un prodotto intermediario del ricambio. BIAL ricercò e trovò l'acido glicuronico nella bile di cane e gatto, previa ingestione di ragguardevole quantità di mentolo; non lo riscontrò invece valendosi dello stesso metodo, nella bile del coniglio. Acido glicuronico in una più forte concentrazione che nel sangue arterioso fu riscontrato anche nelle vene provenienti dal fegato da LEPIME e BOULARD, ma ciò non sembra che sia in rapporto col fegato, come eventuale e principale elaboratore d'acido glicuronico accoppiato, perchè si è riconosciuto che anche le altre vene portano un sangue più ricco di acido glicuronico che le arterie. Siccome l'acido glicuronico aumenta dopo le somministrazioni di varie sostanze quali il fenolo, l'idrato di cloralio, l'acido salicilico, il creosoto, la canfora, la morfina etc. così può prestare un valido aiuto nella diagnosi di avvelenamenti per dette sostanze. Può essere altresì indice di eccesso di fermentazioni intestinali (HOPPE SEYLER) e può far sospettare dell'esistenza di un ascesso profondo, generatore di sostanze aromatiche. Esso riduce le sostanze di sali di rame e per questo motivo è avvenuto che alcuni individui sono stati creduti diabetici e come tali non accettati da società assicuratrici. —

Altre sostanze, egualmente dovute ad incompleta trasformazione di sostanze introdotte nell'organismo, quali *l'Alloxan*, *l'Aldeide salicilica*, *Allantoxian*, etc. possono trovarsi, anche fisiologicamente, assai di frequente e in piccola quantità nelle orine, dimostrando più o meno gli stessi caratteri della reazione glicuronica: con la pratica però s'impara facilmente a distinguere subito dalla intensità della colorazione, e dalle sfumature più o meno marcate di essa, la reazione dell'acido glicuronico dalle altre presso a poco simili. Difatti il tono spiccatamente azzurro - violetto che comparisce allorchè evvi presenza di acido glicuronico sfuma in una tonalità più o meno intensa di rosso, tra il rosso - scuro e il rosso - ciliegia; allorchè nelle orine trovinsi

quantità, o tracce, delle sostanze più sopra indicate. Ma, ripeto, dopo alquante osservazioni l'occhio facilmente si abitua a distinguere nettamente la reazione caratteristica dell'acido glicuronico.

La tecnica usata per le ricerche in parola è stata quella ultimamente descritta da Tollens (Munch. Med. Woch. 1909 pag. 652). A 5 cc. di orina si aggiunge una piccola quantità di naftolresorcina del volume di un grano di miglio e 5 cmc. di acido cloridrico fumante. Si riscalda lentamente e si lascia bollire per 1 minuto; indi si raffredda per 4 minuti all'aria, poi nell'acqua corrente. Si aggiunge un ugual volume di etere e si agita la miscela con energia, si lascia riposare finchè lo strato di etere divenga chiaro (se la reazione è lenta si può accelerare con qualche goccia di alcool). Se esistono composti glicuronici in eccesso l'estratto etereo acquista un colore bleu-scuro o violetto, se la quantità è minore un colore bleu o rosa - violetto. Il colore rosso, rosso - ciliegia più o meno acceso, che sovente assume lo strato dell'etere, è dovuto, come si è detto, alla presenza d'altre sostanze (aldeide, aloxan, allantoina etc.), ma non all'acido glicuronico. Per controllare poi la reazione può valersi della spettroscopia poichè il pigmento bleu, solubile in etere, dovuto all'acido glicuronico, produce una ben netta linea scura nella stria del sodio. —

Le ricerche sono state eseguite su ammalati affetti da frenosi maniaco - depressiva, sopra tutto nel periodo di eccitamento, su dementi precoci principalmente durante i periodi di agitazione, nei catatonici e negli epilettici. Anzi a vero dire, le mie ricerche finirono col residuarsi solo a questi ultimi ammalati, giacchè soltanto in questi trovai con una certa frequenza i composti glicuronici nelle orine. Negli altri l'esito fu quasi costantemente negativo. A titolo di confronto le ricerche furono contemporaneamente eseguite anche su individui sani, procurando che tanto negli ammalati che nei sani il regime dietetico fosse press'a poco costante, sia per la qualità che per la quantità dei cibi, il che mi fu grandemente facilitato grazie alla rigorosa applicazione delle tabelle dietetiche del Manicomio, non eccessivamente svariate tanto riguardo ai sani che agli ammalati, per quanto nei primi siano un poco più abbondanti. In ogni modo lo sviluppo delle calorie si aggirava pei primi intorno a 4, 000 nelle 24 ore, pei secondi a 3, 500 circa. Le ricerche furono tanto negli uni che negli altri eseguite contemporaneamente, in uno stesso giorno, per modo che le diete

venivano ad essere per tutti press'a poco costanti. Durante le ricerche tolsi agli ammalati qualunque sorta di medicinali; compii non meno di 5 esami per ogni ammalato, generalmente in giorni differenti, qualche volta due nello stesso giorno, e lo stesso feci pei sani. Nella scelta degli ammalati mi valsi di casi ben confermati, e negli epilettici ebbi cura di esaminare le orine prima, e più spesso, dopo gli accessi e nei periodi intervallari. In alcuni fu esaminata l'orina mentre erano in preda ad accessi in serie più o meno gravi. Per risparmio di tempo e di spazio non sto a riportare in maniera dettagliata le tabelle degli esperimenti eseguiti nei catatonici e negli ammalati di frenosi maniaco-depressiva perchè essi, come ho avvertito più sopra, ebbero tutti esito negativo.

Ricerche su individui sani

G....... A...... di anni 35. Infermiere. Costituzione robusta. Condizioni generali ottime.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
18 Gennaio 1910	P (positivo)	Color bleu
22 idem »	N (negativo)	Color giallo
30 » »	N	» »
29 Marzo »	N	» »
29 » »	N	» »
Totale	n: 5	P. 1. N. 4

P...... O...... di anni 37. Costituzione sana. Condizioni generali buone.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
19 Dicembre 1910	N	Color: giallo
21 » »	N	» »
23 » »	N	» »
25 » »	P	Dopo ingestione di 2 granuli di stricnina al mmgr.
28 » »	N	» »
28 » »	P	Dopo ingest. di 2 granuli di stricnina al mmgr.
7 Gennaio 1910	N	Color: giallo
Totale	N 7	P 2 N 5

R.... A..... infermiere, di anni 37. Ottime condizioni generali. Costituzione sana.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
18 Gennaio 1910	P	Ingestione di 2 granuli di arseniato di stricnina al mmgr.
22 » »	P	idem
30 » »	N	»
6 Febbraio »	P	»
13 » »	N	»
Totale	n. 5	P 3 N 2

D. S..... G..... impiegato, di anni 50. Costituzione organica sana Ottime condizioni generali.

DATA DELLE ESPERIENZE	ESITO	OSSERVAZIONI
20 Gennaio 1910	N	Color: rosa
17 Febbraio »	N	» »
27 » »	N	» »
4 Marzo »	N	Color: giallo
5 » »	N	Color: rosa
Totale	n. 5	P 0 N 5

C..... G..... di anni 54, impiegato. Condizioni generali buone. Sana costituzione.

DATA DELLE ESPERIENZE	ESITO	OSSERVAZIONI
20 Gennaio 1910	N	Color: giallo
20 Febbraio »	P	» viola
24 » »	N	» rosa pallida
26 » »	N	» » »
16 Aprile »	N	» » »
Totale	n. 5	P 1 N 4

G..... P..... di anni 35. Costituzione organica gracile. Stato generale discreto.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
20 Gennaio 1910	P	Color: viola
27 » »	N	» rosa
3 Febbraio »	N	» giallo
13 » »	N	» rosa
15 » »	N	» giallo
Totale	n. 5	P 1 N 4

T..... G..... operaio, di anni 35. Buona costituzione fisica. Stato generale sodd isfacente.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
20 Gennaio 1910	N	Color: giallo
27 » »	N	» »
3 Febbraio »	N	» »
10 » »	N	» rosa
17 » »	N	» giallo
Totale	n. 5	P 0 N 5

G..... E..... infermiere, di anni 36 — Buona costituzione fisica e ottime condizioni generali.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
8 Marzo 1910	N	Color: Rosa pallido
10 » »	P	» Violetta
12 » »	N	» Gialla
15 » »	N	» Rosso ciliegia
15 » »	N	» Rosa
Totale	n. 5	P. 1. N. 4.

F..... S..... infermiere di anni 38. Costituzione robusta. Ottime condizioni generali.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
25 Marzo 1910	N	Color: bruno
29 » »	N	» giallo
7 Aprile »	N	» »
10 » »	N	» rosa
14 » »	N	» giallo
Totale	n. 5	P o N 5

F... A..... di anni 40. Stato generale ottimo. Costituzione sana

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
2 Aprile 1910	P	Color: violetta
3 » »	N	» scura
5 » »	N	» rosso-ciliegia
5 » »	P	» violetta
23 » »	P	» »
Totale	n. 5	P 3 N 2

Per risparmio di tempo e di spazio riporto in riassunto i risultati delle altre ricerche, eseguite su individui normali.

N.° d'ord.	Individui	Numero delle esperienze	Esito positivo	Esito negativo
1	F.... G....	5	—	5
2	M.... S....	5	1	4
3	R.... I....	5	2	3
4	C.... A....	5	1	4
5	N.... G....	5	3	2
6	N.... M....	5	2	3
	Totali	30	9	21

Molto spesso negli stessi giorni in cui eseguivo le ricerche sui sani le ho eseguite anche sugli ammalati, e facevo ciò per ovviare, come più sopra ho avvertito, all'inconveniente della differenza quantitativa e qualitativa del vitto tra sani e ammalati e per mettermi, il più che potevo, nelle identiche condizioni generali.

Ricerche sugli ammalati (epilettici)

P...... C..... di Prato (Toscana), di anni 28. Epilettico con numerose e gravi asimmetrie somatiche. Gli accessi sono frequenti e qualche volta si ripetono in serie, mettendo in grave pericolo la vita dell'ammalato. Anomalie del carattere, proprie degli epilettici.

DATA DELLE ESPERIENZE	ESITO	OSSERVAZIONI
2 Gennaio 1910	N	Coloraz. grigia
6 » »	P	» violetta (vasta piaga da decubito. Accessi in serie).
13 » »	P	» violetta (idem)
3 Febbraio »	P	» violetta (accessi meno numerosi; la piaga è in via di guarig.)
10 » »	N	Coloraz. gialla
Totale	n. 5	P. 3. N. 2.

M..... A..... di anni 28, di Firenze. Demenza post-epilettica. Accessi frequenti e gravi. Condizioni generali discrete.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
4 Gennaio 1910	P	Dopo l' accesso colorazione violetta
16 » »	P	Colorazione rosso-viola
22 » »	P	Dopo una serie di accessi col. violetta
6 Febbraio »	P	Stato crepuscolare. Coloraz. violetta
13 » »	P	Colorazione violetta
Totale	n. 5	P 5 N 0

B..... L..... di anni 15, di Vaglia. Carattere litigioso e qualche volta violento. Accessi assai frequenti ed intensi. Va spesso soggetto a gravi perturbamenti della coscienza, stati crepuscolari. Indebolimento progressivo dell'intelligenza. Condizioni generali buone.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
4 Gennaio 1910	P	Dopo l'accesso. Color. Bleu.
16 » »	P	Coloraz. Rosso - viola.
22 » »	P	Dopo l'accesso. Color. violetta.
20 Febbraio »	N	Coloraz. gialla.
24 » »	N	» »
26 » »	P	Coloraz. viola.
Totale	n. 6	P. 4. N. 2.

A.... A...... di anni 15, da Pistoia. È un ragazzo in cattive condizioni generali. Presenta contrattura e atrofia dei muscoli dell'avambraccio di sinistra. Cammina stentatamente e con molta incertezza per grave paraparesi. Accessi epilettici frequenti e intensi per gravità e durata. Idiozia cerebroplegica.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
2 Gennaio 1910	P	Coloraz. violetta
6 » »	P	» violetta
17 » »	P	» violetta
1 Febbraio »	P	» violetta
20 » »	P	» violetta
Totale	n. 5	P. 5. N. 0.

T..... G...... di anni 14, di Carmignano. Accessi frequenti e intensi. Periodi crepuscolari frequenti. Carattere docile.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
27 Gennaio 1910	P	Dopo l'accesso. Color. violetta
2 Febbraio »	N	Prima dell'accesso. Color. bleu-chiar.
2 » »	P	Dopo l'accesso. Color. violetta.
6 » »	P	Color. violetta-chiaro.
15 » »	P	Dopo l'accesso. Color. violetta
16 » »	N	Senza accessi nè prima, nè dopo.
Totale	n. 5.	P. 4. N. 2.

M..... A..... di anni 57, di Firenze. Carattere violento e litigioso. Accessi piuttosto rari, ma intensi e prolungati. Condizioni fisiche buone.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
6 Gennaio 1910	N	Color: bruna.
10 » »	N	» »
26 Aprile »	P	Dopo l'accesso Color. violetta.
28 » »	P	Color. violetta.
30 » »	N	Color. rosso - ciliegia.
1 Maggio »	N	» rosa.
Totale	n. 6	P. 2. N. 4.

L....... P..... di anni 16, di S. Miniato. Condizioni generali buone. È un idiota epilettico, con accessi piuttosto rari.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
15 Marzo 1910	P	Color. violetta
19 » »	N	» rosso - ciliegia
24 » »	P	» violetta
29 » »	P	» violetta
31 » »	N	» rosso - ciliegia.
Totale	n. 5	P. 3. N. 2.

B...... E...... di anni 14, di Firenze. Costituzione organica sana. Soffre di epilessia fin dalla prima infanzia. È bene sviluppato fisicamente, arretrato dal lato mentale. Carattere litigioso e violento. Accessi epilettici frequenti.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
25 Marzo 1910	P	Color. violetta
3 Aprile »	N	» gialla
5 » »	P	» bleu
10 » »	P	» violetta.
12 » »	P	» violetta.
Totale	n. 5.	P. 4. N. 1.

Ch...... C....... di anni 9, da Pistoia. Epilettico fin dalla nascita. Asimmetrie somatiche svariate. Idiozia cerebroplegica. Accessi rari, ma gravi. Stato generale discreto.

Data delle esperienze	Esito	Osservazioni
Aprile 1910	P	Coloraz. bleu
» »	N	» rosso-ciliegia
10 » »	P	» violetta
12 » »	P	» violetta
24 » »	N	» rosso - ciliegia
Totale	n. 5.	P. 3. N. 2.

M..... G..... di anni 35, di Prato (Toscana). Epilettico fin dalla prima età. Costituzione organica buona. Stato generale soddisfacente. Avviamento a demenza. Frequenti accessi in serie, con gravi stati confusionali post-epilettici.

Data delle ricerche	Esito	Osservazioni
1 Maggio 1910	P	Confusione post-epilet. Color. violetta
3 » »	N	Coloraz. rosa
5 » »	P	» bleu
8 » »	P	» violetto
10 » »	P	» bleu
Totale	n. 5	P 4 N 1

C..... G..... di anni 16, da Firenze. È un idiota epilettico con scariche frequenti e intense. Condizioni generali eccellenti. Costituzione robusta.

Data delle ricerche	Esito	Osservazioni
6 Maggio 1910	P	Dopo un accesso color: violetta
8 » »	P	Color: violetta
10 » »	N	» rosso-ciliegia
5 Giugno »	P	Prima dell' accesso color: violetta
21 » »	P	Color: violetta
26 » »	P	Prima dell' accesso color: violetta
Totale	n. 6	P 5 N 1

P..... G.... di anni 25, da Signa. Solite alterazioni del carattere comuni negli epilettici. Spiccato indebolimento dell'intelligenza. Accessi rari: brevi periodi di confusione mentale dopo gli accessi.

Data delle ricerche	Esito	Osservazioni
15 Maggio 1910	P	Dopo un accesso. Color: bleu
19 » »	P	Stato confusionale. Color: viola
21 » »	P	Prima dell' accesso. Color: violetta
21 » »	P	Dopo l' accesso. Color: violetta
22 » »	N	Color: rosa. Senza accessi
26 » »	N	Color: rosso - ciliegia. idem
Totale	n. 6	P 4 N 2

Per ulteriore risparmio di tempo e di spazio riporto in succinto i risultati delle altre ricerche eseguite su ammalati, tutti epilettici.

N.° d'ord.	Malati	Numero delle esperienze	Risultati positivi	Risultati negativi
1	G.... A....	4	2	2
2	B.... G....	5	3	2
	P.... D....	5	4	1
	A.... O....	6	4	2
5	C.... M....	6	4	2
6	L.... F....	4	3	1
7	F.... G....	6	2	4
8	G.... L....	5	3	2
	Totali	41	25	16

RIASSUNTO GENERALE DELLE RICERCHE

	Num. delle ricerche	Risultati positivi	Risultati negativi	Percentuale positivi	Percentuale negativi
Ammalati	105	70	35	66	33
Sani. .	82	19	63	23	76
Totale	187	89	98	—	—

Arrivato a questo punto delle mie ricerche parvemi che da esse potesse ormai trarsi qualche deduzione attendibile. Ho esposto in principio alcune recenti teorie sull'etiologia della epilessia e si è dato qualche cenno sulla origine dell'acido glicuronico. Si è detto che l'acido glicuronico rappresenterebbe, stando a quanto ci è noto fino ad oggi, un prodotto intermedio del metabolismo degl' idrati di carbonio. Esso, scrive il Luciani, probabilmente appare nell'orina quando sfugge alla completa ossidazione, la sua formazione sarebbe del tutto analoga a quella del carbammato ammonico, prodotto intermedio anch'esso del metabolismo delle sostanze azotate provenienti dalla molecola proteica. Non a caso ho voluto dare risalto a quest' analogia nella formazione delle due sostanze, esponenti ambedue una sosta nel processo metabolico normale. In certi organismi per la deficiente potenzialità anatomo-fisiologica di dati organi o tessuti verificherebbesi una sosta nella completa trasformazione che le sostanze introdotte dovrebbero subire nell'organismo stesso. È noto che recenti ricerche sull'acido carbammico tenderebbero a far credere che questo prodotto intermedio delle sostanze azotate, composto eminentemente tossico, potesse col suo accumulo nell'organismo produrre l'attacco epilettico. È questa la teoria del Krainsky, succeduta a quella dell' Haig, che attribuiva l'accesso epilettico ad un accumulo abnorme di acido urico in circolo. Queste teorie, volta a volta affacciate, e volta a volta combattute, non hanno

certo fornito la spiegazione esatta sulla etiologia del morbo epilettico; ma non può certo negarsi che le induzioni svariate a cui esse hanno dato luogo non abbiano offerto una larga messe di ricerche, preparando così un contributo non disprezzabile alla eventuale spiegazione del meccanismo intimo del mal comiziale. Ci sia permesso di aggiungere, così di passaggio, che, come nè una, nè due stimmate di degenerazione somatica o psichica fanno il delinquente, così forse non schematicamente unica è la causa del mal comiziale, ma sibbene svariate cause e molteplici, agenti su terreno morbido. —

Anche la teoria del Krainsky fu da Pighini validamente impugnata: essa, come le altre, non avrebbe altro significato che quello di essere l' indice delle gravi alterazioni del ricambio, che si manifestano nel periodo acuto della malattia (Pighini) e non avrebbe nessun significato circa alla patogenesi dell'accesso. Secondo ultime ipotesi essa dovrebbe ricercarsi invece nel giuoco delle citotossine e delle anticitotossine del sangue e conforme a questa nuova concezione patogenetica il De - Buch ha definito l'epilessia come una nevrolisi parossistica dovuta ad una neuroautocitotossina circolante. Le teorie dunque che si inspirano al concetto di dimostrare che forse un qualche prodotto intermediario del ricambio costituisca il momento etiologico della epilessia appare definitivamente sorpassato, e queste mie ricerche analoghe a quelle dell' Haig e del Krainsky, potrebbero ragionevolmente sembrare superflue. Ma per lo meno, ripeto, esse potranno fornire un nuovo contributo alle svariate alterazioni del ricambio, che si manifestano nei periodi pre e postaccessuali della malattia. Infine nulla vieta di pensare che tanto questi prodotti citotossici quanto questo ipodinamismo metabolico possano contemporaneamente cooperare, quali fattori, nella patogenesi ed etiologia del morbo comiziale e delle sue manifestazioni motorie. Il sistema nervoso è connesso con tutti gli organi della vita vegetativa, e tra esso e questi corre una serie infinita di relazioni semplici e complesse, mediate e immediate, di cui ognuna perturbandosi può determinare l' insorgenza di alcuni fenomeni ad essa inerenti. « Una stessa causa agendo sopra individualità differenti può o non produrre alcuni fenomeni di lesa innervazione, o produrre varie alterazioni organiche o funzionali nel campo del s. nervoso periferico o centrale, o indurre quei perturbamenti generali dell' innervazione rilevantisi con fenomeni automatici, di cui non conosciamo ancor bene

tutte le possibili cause, che denominiamo nevrosi » (CALCATERRA). Dalle mie ricerche risulta che su 105 prove eseguite su ammalati epilettici, i risultati positivi, cioè quelli in cui la reazione dell'acido glicuronico è stata caratteristica, ascesero al numero di 70, mentre i risultati negativi furono soltanto 35, cioè precisamente la metà, e fra questi ultimi ho escluso quelli nei quali la reazione rossa più o meno marcata stava a significare la presenza in queste orine di altre sostanze (forse i pentosi), che ordinariamente non esistono nelle orine dei normali. Invece su 82 esperienze eseguite in individui sani il rapporto si capovolge e si hanno 19 casi positivi e 63 negativi, cioè i casi negativi superano di più che due terzi, i casi positivi. Avverto di nuovo che gli esami delle orine, come risulta dalle annesse tabelle, furono fatte spesso da qualche ora a pochi minuti prima dell'accesso, e più spesso ancora dopo l'accesso, e sì nell'uno che nell'altro caso essi furono, tranne che nel caso V°, positivi. Per questo, scrivevo più sopra, che le mie ricerche sarebbero per lo meno valse a portare un ulteriore contributo alle svariate alterazioni del ricambio che numerosi AA. hanno già avuto luogo di osservare prima, durante e dopo l'esplosione dell'accesso epilettico. Ma d'altra parte un tale disquilibrio metabolico ho avuto occasione di osservare con relativa frequenza negli epilettici anche negli intervalli interparossistici, il che starebbe a significare che in questi individui esiste un disordine pressochè costante nelle loro funzioni metaboliche all'infuori del periodo premonitore o susseguente all'accesso. Non voglio semplicizzare fino al punto di ritenere, ripeto, tale composto intermedio, l'acido glicuronico, come causa prima del mal comiziale, ma nulla vieta di credere che esso vi cooperi con altri fattori, o che per lo meno mediante l'irritazione indotta sulla corteccia cerebrale contribuisca in buona misura a determinare lo scoppio dell'accesso. Tre sono le versioni che possiamo darci per la spiegazione di quest'eccesso di acido glicuronico nelle orine degli epilettici: I.° O tale eccesso devesi a condizioni speciali passeggere, comuni ad ogni individuo, forse in dipendenza della qualità e quantità del vitto, e in tale caso le mie ricerche sarebbero destituite d'ogni fondamento: II.° O tale eccesso è in dipendenza della scarica convulsionaria, e in tale caso sarebbe l'esponente del disordine metabolico, indotto dall'accesso stesso, analogamente ad altre sostanze ritrovate nelle orine, o in altre secrezioni, dopo l'accesso: III.° Ovve-

ro esiste in quest' individui, anche nel periodo interparossistico, uno speciale ipometabolismo, per il quale certe sostanze non giungono a compiere intero il ciclo della loro trasformazione dando luogo a prodotti intermedi, i quali inducono nell' organismo uno stato speciale d' intossicazione, che, vuoi solo, vuoi unito ad altri fattori, determina la scarica motoria.

Relativamente alla prima eventualità, siccome le esperienze venivano eseguite contemporaneamente su soggetti sani ed ammalati, sottoposti ad ugual regime dietetico, osservo che la percentuale dimostra effettivamente che negli epilettici l'accesso di acido glicuronico trovasi con maggior frequenza che nei sani. Circa la seconda faccio notare che l' accesso di acido glicuronico è stato da me riscontrato anche prima dello scoppio del parossisma motorio e forse, se questo fosse con maggior sicurezza prevedibile, la frequenza sarebbe ancora maggiore: in ogni modo dalle mie ricerche rimane escluso che l' accesso si verifichi esclusivamente dopo la scarica parossistica. Resta l'ultima ipotesi che, cioè, l'acido glicuronico, da solo od unito ad altre sostanze, determini, o cooperi allo scoppio dell'accesso motorio. Non so se questa mia conclusione, la quale, ripeto, non ha affatto la pretenzione di essere esclusivista, sarà o no confermata da ulteriori studi: comunque, anche da queste mie ricerche scaturisce la conferma che negli individui epilettici alle assimetrie somatiche caratteristiche, ed alle assimetrie, dirò così, psichiche che formano l'appannaggio di questi ammalati, fanno riscontro singolari perturbazioni critiche del loro metabolismo organico, in eventuale dipendenza dell'alterato processo evolutivo negli elementi di speciali tessuti, per modo che essi trovansi in un permanente stato di generale disequilibrio: somatico, psichico e biochimico.

BIBLIOGRAFIA

Catòla — Le alterazioni del ricambio materiale nelle Psicosi. Atti del XIII Congresso della soc. freniatr. italiana. Reggio Emilia. Tip. Calderini. 1909.

Catòla — Loco cit.

Bilancioni — Evoluzione e Malattia. Roma. Tip. della Camera dei Deputati, 1909.

Krainsky — Ueber Störungen im Stoffwechsel bei Epileptikern. Neur. Centr. 16. 1897.

Guidi e Guerri — Sul ricambio materiale degli epilettici. Ann. dell'Ist. Psich. di Roma. I. p. 3.

Campioni — Contr. alla teoria tossica dell' epilessia. — Note e Riv. di Psich. Pesaro. Marzo, 1910:

Schmiedeberg — Jahrest. f. Med. 1903.

Mayer — Zeitsch. f. phisiol. Chem. 1900.

Wohlgemuth — Munch. Mediz. Woch. I. 226. 1905.

Bial — Berlin. Klin. Woch. 1904.

Lepine e Boulard — Jahrester. 1903.

Hoppe-Seyler — Ueber das phisiol. Verh der Nitrophenylpropiosaüre. — Zeistschr. f. physiol. Chem. 7. 78. 1883.

Tolleus — Munch. Med. Woch. 1909. p. 652.

Luciani — Fisiologia dell' uomo. Vol. I. Milano. Soc. Editr. Libr. 1901.

Pighini — Le alterazioni del ricambio materiale nelle Psicosi. Atti del XIII. Congr. della Soc. freniatr. italiana. Venezia. 1907.

Haig — Neurol. Centr. 1888.

De Buck — Pathogénie et diagnostic de l' epilepsie. Bull. de la Soc. de Méd. de Belgique. N. 131, 132, 133. 1907.

Calcaterra — Sulla Tetania. Riv. sperim. di Freniatr. Reggio Emilia. fascicolo III. 1910.

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal prof. Domenico Ventra

LA LEGGE SUGLI ALIENATI DEL GRANDUCATO DI BADEN

Per il

Dott. M. Levi Bianchini.

Il legislatore italiano, ma più ancora i nostri maggiori psichiatri, Tamburini e Bianchi, possono essere veramente compiaciuti se la grave Germania, maestra di tante cose, imita, a distanza relativamente breve di tempo la nostra legge sui manicomî del 14 febbraio 1904: legge così ammirabile nella sua tutelare saggezza se pure, in alcune parti, imperfetta.

Il Granducato del Baden, uno dei più liberali staterelli dell'impero germanico ha emanato il 25 giugno 1910 una legge sugli alienati facendola seguire, a soli cinque giorni di distanza, dal relativo regolamento. (Badisches Gesetz. Die Irreufürsorge betreffend — Badische Ministerial — Verordnung. Die Irrenfürsorge betreffend).

Nelle loro linee generali la legge ed il regolamento badesi sono foggiati completamente sul tipo italiano (tenuto conto naturalmente delle diversità politiche, sociali e giuridiche tedesche): nel regolamento, che esaminerò in una ulteriore comunicazione, sono contenute preziose e nuove indicazioni sulla distribuzione sia dei varî manicomî pubblici, sia delle varie categorie cliniche degli alienati.

Riporto per ora la legge, tradotta quasi alla lettera: facendo notare un solo importantissimo punto del regolamento. In questo, il legislatore ha istituito due classi di manicomî pubblici: gli « *Aufnahmeanstalten* », (istituti di osservazione) e gli « *Uebernahmeanstalten* » (istituti di deposito). I primi sono, per legge, le cliniche

psichiatriche di Heidelberg e di Freiburg e il manicomio di Illenau: servono tutti come istituti di osservazione e le due cliniche anche per l'insegnamento; e non possono accettare — salvo ragioni di studio ed istruzione — che determinate categorie di malati. I secondi sono destinati all'ammissione diretta, o all'accettazione dagli istituti prima cennati, *sopratutto* di malati che richiedano lungo tempo per guarire, di epilettici, idioti, imbecilli: e sono i manicomî di Emmendingen, di Wiesloch, di Pforzheim. Quest'ultimo istituto di «Uebernahme» (alla lettera: consegna, trasferimento) è, a *preferenza* destinato agli idioti, cretini, dementi ed alienati invalidi (§ 7 comma 2 del regolamento).

Non c'è chi non veda la somma utilità di questa disposizione di legge ed il suo valore pratico e scientifico.

Le cliniche psichiatriche di Heidelberg e di Freburgo i B. sono, agli effetti della legge, considerate come dei veri manicomî pubblici: e come tali veramente possono funzionare sia per la loro vastità sia per la loro ammirabile organizzazione. La prima è diretta da Hoche, la seconda è stata per lunghi anni il campo più fecondo di studio e di lavoro di Emilio Kraepelin e, attualmente, di Nissl. Il manicomio di Illenau, posto in una bella posizione fra piano e collina, quantunque in parte di vecchia costruzione ha splendidi e nuovi padiglioni e impianti perfetti per i servizi generali. È diretto da Schüle, il nobile rappresentante della psichiatria tedesca prekraepeliniana.

La legge badese è composta di 11 articoli, il regolamento di 61 cui sono aggiunti due moduli: uno del certificato medico per l'ammissione in un manicomio pubblico o privato (§ 14 comma 1 reg.) l'altro del certificato rilasciato dall'ufficio locale di polizia secondo il § 14 comma 3 del regolamento stesso.

Il testo è il seguennte:

Legge sugli alienati del Granducato di Baden del 25 Giugno 1910. (Bodisches Gesetz. Die Irrenfürsorge betreffend.)

§. 1. *Internamento nei manicomî.*

(1) Un malato di mente può, senza o contro la sua volontà venir mandato in un manicomio quando l'ufficio circondariale (§ 6)

dichiara, in base ad analoga istanza, la accettabilità dell'internamento (§§ 2 a 4) o lo ordina direttamente in via d'ufficio (§ 5).

(2) Sono considerati psicopatici agli effetti di questa legge anche i frenastenici.

§. 2. *Persone autorizzate ad avanzare l'istanza d'internamento*

Sono autorizzate ad avanzare l'istanza (di cui al § 1 comma 1):

1. In caso di malati minorenni o interdetti il curatore legale.

2. In caso di malati maggiorenni non interdetti i genitori e avi, discendenti, i coniugi, i fratelli.

3. Mancandone od essendo impedite le persone di cui alle cifre 1 e 2, le autorità incaricate della cura del malato, altri Enti ufficiali, parenti o gli imparentati (congiunti).

4. In caso di psicopatici poveri aventi diritto a cura gratuita, il rispettivo patronato obbligatorio.

5. In caso di corrigendi minorenni, l'ufficio circondariale da cui dipendono giudiziaramente.

6. In caso di malati carcerati o in carcere preventivo, come pure di individui occupati nelle case di lavoro correzionale (riformatorii) le autorità competenti.

7. In caso di militari in attività di servizio le rispettive autorità militari.

§. 3. *Certificato medico.*

(1). L'istanza (di cui al § 1 comma 1) viene dichiarata ammissibile quando la malattia mentale e la necessità dell'internamento vengano testimoniate (per iscritto) da un medico laureato nell'impero Germanico, in base ad un esame personale del malato di data non anteriore a due settimane da quella dell'istanza.

(2). Per malati provenienti dall'estero basta il certificato di un medico di un manicomio pubblico estero o di un qualunque altro medico ufficiale.

§. 4. *Accettazione dell' istanza di internamento.*

(1). L'ufficio circondariale esamina l'istanza e dichiara, quando nulla vi osti, l'ammissibilità dell' internamento.

(2). La dichiarazione di ammissibilità ha il valore di un' ordinanza di polizia ai sensi del § 4 comma 1 cifra 1 della legge di giustizia amministrativa. Contro questa è ammesso il diritto di ricorso del malato stesso, se è maggiorenne e non inabilitato, come pure delle persone indicate al § 2, cifre 1, 2, 4. Il tempo utile per l'appello (§ 41 cifra 1 legge di giustizia amministrativa) decorre dalla pubblicazione dell'ordinanza: e, per le persone autorizzate, alle quali non sia stata partecipata, dalla data dell' internamento.

§ 5. *Internamento in via d'ufficio.*

(1). L'ufficio circondariale può, d'autorità, ordinare anche senza istanza (§ 2) l'internamento in un manicomio di quei malati di mente che sono pericolosi a sè, o ad altre persone, o alla proprietà: o sono incompatibili con la pubblica moralità; o sono privi o non sufficientemente protetti dal punto di vista della sorveglianza, protezione, cura o assistenza medica. Questa ordinanza può venire emessa solo quando la malattia mentale, la necessità della cura manicomiale ed una delle condizioni di cui al primo periodo sono constatate immediatamente prima e personalmente dal medico del circondario da cui dipende il domicilio del malato, o dal direttore di un manicomio pubblico, o, per i carcerati, dal medico del carcere.

(2). L'ordinanza d'ufficio è applicabile soltanto per l'internamento in un manicomio pubblico del granducato.

(3). L'appello contro l'ordinanza dell' ufficio circondariale (§ 4 comma 1 cifra 1 della legge di giustizia amministrativa) spetta alle

persone contemplate nel § 4 comma 2 periodo 2 della legge stessa. Il tempo utile decorre dalle epoche citate a periodo 3 ibidem.

§. 6. *Ufficio circondariale competente.*

La competenza dell'accettazione dell'istanza o dell'ordinanza di internamento spetta all'ufficio circondariale dove il malato ha il domicilio: in mancanza di domicilio nel granducato, all'ufficio circondariale del luogo di soggiorno del paziente: in mancanza di domicilio e di soggiorno nel granducato, all'ufficio circondariale dove ha sede il manicomio; e in caso di trasporto di un psicopatico dal di fuori nel granducato, l' ufficio che trasmette il malato.

§. 7. *Internamento d'urgenza.*

(1). In casi d'urgenza può essere senz'altro internato nel manicomio un psicopatico senza istanza e benestare dell'autorità (§ 4) e senza ordinanza circondariale (§ 5) quando la psicopatia e la necessità di un immediato ricovero per il bene del malato, o per evitare pericoli al malato stesso, o ad altre persone, o alla proprietà, od offese alla pubblica moralità siano constatate dal medico circondariale del luogo di soggiorno del malato in base ad un esame personale del malato stesso immediatamente precedente all'internamento.

(2). Il certificato del medico circondariale (comma 1) può venire sostituito da quello di un medico del manicomio pubblico, nel quale il malato deve essere ammesso; da quello del medico delle carceri in caso di individui carcerati o in carcere preventivo; da quello del medico militare competente per militari in attività di servizio.

(3). Se l'internamento deve effettuarsi in un manicomio privato, il certificato del medico circondariale può venir sostituito da quello di un medico dell' istituto privato, semprechè questo medico sia espressamente autorizzato a tale scopo dal Ministero degli interni. In questo caso però entro le 24 ore dall' ammissione, il malato deve essere

visitato dal medico circondariale; e ove quest'ultimo non ritrovi in quello gli estremi contemplati nel comma 1, deve essere immediatamente rilasciato.

(4). Entro 24 ore dall'ammissione, il direttore dell'istituto privato deve darne comunicazione all'ufficio circondariale (§ 6).

(5). Se entro tre settimane dall'ammissione del malato non viene avanzata l'istanza da parte di una delle persone di cui al § 2 o non viene emessa o l'accettazione di questa, o l'ordinanza circondariale (§ 5) l'individuo deve venir dimesso. Nel caso però in cui, a giudizio della direzione dell'istituto sussista una delle condizioni contemplate nel § 5, questa ne deve dare avviso all'ufficio circondariale (§ 6) entro tale termine. In questo caso infine il malato deve essere trattenuto nell'istituto fino a decisione scritta dell'ufficio circondariale stesso la quale dovrà essere rilasciata al più tardi entro tre settimane.

§. 8. *Internamento a scopo di osservazione.*

(1). A titolo di « osservazione » sul loro stato mentale possono, nei casi contemplati dalla legge dell'impero, venir internati in manicomî pubblici, senza o contro la loro volontà:

a) Corrigendi o persone contro le quali è in corso procedimento correzionale, su ordinanza dell'autorità incaricata della tutela.

b) carcerati e individui rinchiusi nelle case di lavoro correzionali su ordinanza delle autorità competenti.

c) Soldati in attività di servizio su ordinanza della competente autorità militare.

(2). Il periodo di osservazione non può, in questi casi, superare la durata di sei settimane.

§ 9. *Dimissioni. Ricorso contro il mantenimento dell'internamento.*

(1) Le persone internate in manicomî in causa di malatttie mentale non possono, contro la loro volontà, venire ulteriormente trattenute:

a) quando siano riconosciute non piscopatiche.

b) quando, secondo giudizio (obligatorio) della direzione dell' istituto, sia avvenuta la guarigione.

c) quando siano state ritirate o sospese le accettazioni dell'istanza di internamento (§ 4) o l'ordinanza circondariale (§ 5).

(2). Contro l' ulteriore trattenimento di un malato nell' istituto possono avanzare ricorso il malato stesso, se maggiorenne e non inabilitato, come pure le persone contemplate nel § 2 cifra 1 2 e 4. Sul reclamo decide l' ufficio circondariale. Sul ricorso ammesso, secondo il § 4 comma 1 cifra 1 della legge di giustizia amministrativa, contro l'ordinanza circondariale è applicabile il § 4 comma 2 periodo della stessa legge. Il tempo utile per l' appello decorre dalla publicazione dell'ordinanza circondariale, e, per le persone autorizzate alle quali non sia stata partecipata, dall' andata in vigore dell' ordinanza stessa.

(3). Anche nei casi del procedimento di urgenza (§ 7) è applicabile il comma 2 di questo articolo.

(4). L'ufficio circondariale è autorizzato di rifiutarsi a decidere su un ricorso recente e già respinto se nuovi fatti non possono venire assodati e se il certificato peritale, che in tali casi deve essere presentato, non riconosce alcuna nuova modificazione morbosa nelle condizioni del malato, dall'epoca della prima decisione in poi.

§ 10. *Dimissioni su ritiro dell' istanza.*

(1). Il licenziamento del malato deve ancora avvenire quando l' istanza di cui al § 2 viene ritirata.

(2). Se però, in tali casi, esiste a giudizio (obbligatorio) del direttore dell' istituto una delle condizioni contemplate al § 5, costui deve immediatamente darne avviso all' ufficio circondariale (§ 6) che disporrà allora in conformità del § 5 stesso. Anche in questo caso saranno osservate le norme indicate al § 7 comma 5 fine.

(3). Il comma 2 di questo articolo è applicabile anche a malati che, pur essendo entrati in Manicomio di propria volontà presentano nel momento in cui chiedóno di venir dimessi, le condizioni contem-

plate a § 5 a giudizio della direzione dell' istituto. Lo stesso vale infine per il periodo di osservazione di quelle persone che si trovano in osservazione agli effetti del § 8 di questa legge: il certificato medico (comma 2 periodo 1) deve in questo caso essere mandato anche a quell' autorità che ha ordinato l'osservazione.

§. 11. *Internamento in istituti per cronici e per malati poveri.*

(1). Le disposizioni dei §§. 1 a 4, 9 e 10 vengono applicate anche all' internamento di psicopatici in publici istituti per malati (cronici) e ricoveri di mendicità.

(2). Tuttavia in tali istituti devono venir mandati definitivamente solo tali malati che, secondo certificato di un medico circondariale o della direzione di un manicomio pubblico badese non necessitano di un trattamento psichiatrico e dell' internamento in manicomio.

(3). Altri psicopatici possono solo transitoriamente e quando si verifichino le condizioni di cui a § 7 comma 1 venir trasportati in tali istituti: quando e fintantochè non sia possibile il loro trasporto in un manicomio. In tali casi il certificato del medico circondariale può venire sostituito da quello del medico dell' istituto.

(4). Lo stesso (comma 3) vale se un individuo ricoverato in uno di tali istituti non per malattia mentale, si dimostri in seguito malato di mente.

§. 12. *Disposizioni esecutive.*

Il nostro Ministro degli interni, e, per ciò che riguarda le cliniche psichiatriche universitarie, il nostro Ministero di Giustizia Culto e Istruzione sono incaricati della esecuzione di questa legge.

Dato a Karlsruhe il 25 Giugno 1910.

FEDERICO

Non faccio ora più ampi commenti, riserbandoli alla trattazione del regolamento. Solo ritengo opportuno dare alcune spiegazioni sull' ufficio circondariale (*Bezirksamt*) che ha tanta parte nella legge badese e la cui azione corrisponde press'a poco a quella del pretore del tribunale e dell' ufficiale di pubblica sicurezza nella legge italiana. Il *Bezirksamt* è un' autorità civile dalla quale dipende generalmente una città e numerosi dintorni: tutti gli affari pubblici più importanti devono venire trasmessi, per il visto e l' autorizzazione, dai singoli municipii all' ufficio stesso. Esso ha anche — in casi importanti e gravi — i poteri della pubblica sicurezza: ed in alcuni stati germanici infine il medico addetto (Bezirksarzt) è incaricato del servizio di leva che ha una importanza grandissima.

La legge che ho sopra riportata è la prima in Europa, dopo la nostra, che sia informata ai moderni criterii scientifici. È la prima prova dataci dall' estero, della sua importanza morale e della sua utilità. Ma perciò appunto io credo che il Governo, facendo tesoro dell' esperienza altrui, debba tener conto delle nuove e impellenti necessità che gravitano sul ricovero degli alienati: debba con opportune modificazioni ed aggiunte alla legge determinare lo sfollamento dei manicomii e promuovere l'erezione di nuovi e separati istituti di cura e custodia per epilettici, frenastenici e dementi innocui. Molti sono in Italia i malati mentali cronici ed i deficienti mentali per i quali il manicomio, anzichè utile, riesce dannoso: sono troppi i casi in cui le famiglie, per liberarsi di una bocca che mangia e di braccia che non producono, ricorrono alla generosa buona fede del medico e all'esagerato senso di ordine pubblico di certe autorità di paese. I bilanci provinciali sono oberati sia dall' enorme spesa di manutenzione di tutti i folli, sia dalle conseguenze della furia architettonica della psichiatria moderna: mentre, a malgrado di ciò, mancano completamente fra noi istituti separati — relativamente meno costosi e tanto utili — per epilettici e per frenastenici come oramai esi-

stono quasi da per tutto in Germania, in Inghilterra, in Isvizzera, in Olanda ecc.

È lecito tuttavia sperare che anche fra noi sorgano da qualche parte pubblica o privata i mezzi per organizzare, su nuove basi, la cura degli epilettici e dei deficienti: e si vinca, con l' aiuto dello Stato, con la dimostrazione di giusti vantaggi economici e del maggior bene pubblico, la opposizione ad ulteriori iniziative — purtroppo tanto giustificata — degli Enti Provinciali.

Ottobre 1910

Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore
diretto dal Prof. Domenico Ventra

Il Regolamento sugli alienati del Granducato di Baden

osservazioni di legislazione manicomiale comparata

DEL

Dott. M. Levi Bianchini

Facendo seguito alla legge che ho esposto in un precedente articolo, presento ora il regolamento badese sugli alienati e le considerazioni di ordine sociale e tecnico che quella e questo suggeriscono confrontati con la legge e il regolamento italiani.

Dal primo punto di vista la legge badese rappresenta, como la nostra, un progresso; perchè raccoglie in un corpo solo tutte le disposizioni giuridiche riguardanti gli alienati e li pone sotto la tutela e il controllo dello stato.

Dal punto di vista tecnico la legge badese, pur essendo più precisa e perfetta, ha grandi somiglianze od è stata fatta sul modello della nostra. Ciò apparisce chiaramente confrortandone i capisaldi.

I. *La procedura di ammissione e dimissione è*, nella legge badese sostanzialmente identica alla italiana: occorre cioè, per internare un malato che una istanza, corredata da un certificato medico sia avanzata dalle persone a ciò autorizzate (§ 2 legge) all' ufficio circondariale. Non esiste ricovero provvisorio: questo è fin da principio definitivo quando l' autorità circondariale si sia espressa sulla accettabilità della istanza d' internamento (§ 4 legge) e la direzione del manicomio, ultima arbitra, vi si sia uniformata (§ 16 regolamento): salvo naturalmente i casi in cui l' internamento è ordinato direttamente in via d' ufficio, o per ordine di altra autorità (§ 5 leg-

ge) o di urgenza (§ 5 legge) o « a scopo di osservazione » (§ 8 legge). Opportune norme vigilano del resto affinchè il psicopatico possa rivolgere le sue eventuali lagnanze alle autorità competenti ed affinchè i ricoverati riconosciuti non alienati vengano immediatamente dimessi.

È da osservare fin da principio che all'azione giuridica esercitata in Italia dal pretore, dal procuratore del Re e dal Tribunale corrisponde, nella legge in esame, quella dell'ufficio circondariale (o distrettuale *Bezirksamt*); autorità più amministrativa e di pubblica sicurezza che non giuridica, ma la quale tuttavia dipende strettamente dallo stato. Caratteristica anzi di tutta la legge badese è la ***non ingerenza,*** nelle pratiche riguardanti gli alienati, del potere giudiziario: il quale entra solo in campo per ricevere e in propria sede giudicare ricorsi di alienati o dei loro tutori legali. Tale sennata esclusione del potere giudiziario facilita notevolmente il disbrigo delle pratiche riguardanti gli alienati; rende più dignitoso e indipendente l'ufficio del direttore manicomiale e lo sottrae ad un controllo tecnicamente incompetente, inutile e nocivo alla propria dignità professionale.

All'istanza di internamento va unito il certificato medico che *deve* essere compilato, secondo un lungo e dettagliato modulo tipo (§ 3 legge: appendice al regolamento). Grazie a questa obbligatorietà, gli ammalati vengono ammessi in manicomio con un corredo di notizie anamnestiche che spesso formano la prima base di un esatto giudizio diagnostico. Io ritengo che l'imposizione di un modulo ufficiale rappresenti un considerevole vantaggio. La nostra legge, pur essendo abbastanza esplicita in proposito (art. 39 regolamento 16 agosto 1909) non è così dettagliata come occorrerebbe per modo che oggi giorno gran parte dei certificati medici che accompagnano i malati nei nostri manicomi sono estremamente incompleti e non contengono nemmeno quel poco che è strettamente imposto.

Grande e logica autorità è data al direttore di manicomio pubblico Tale autorità si esercita principalmente:

1.° col diritto di decidere in ultima analisi (salvo determinati casi) sulla accettabilità di un individuo in manicomio (§ 16 regolamento).

2° col diritto di dimettere, in base al proprio giudizio, i malati migliorati e guariti provocando semplicemente il ritiro della « accet-

tabilità dell'istanza di internamento » emessa dall'ufficio circondariale ed avvertendo la persona che a suo tempo ha avanzato tale istanza (tutto il § 32 e specialmente il comma 6, regolamento).

3.° col diritto di affidare per propria iniziativa (col consenso della persona istante) dei malati a cura eterofamigliare e di sorvegliarli, continuando questi malati a dipendere direttamente dal direttore ed a far parte giuridica ed amministrativa del manicomio (§ 32 c. 1 e 2 e § 35 c. 2 regolamento). Il direttore stesso stabilisce il compenso giornaliero devoluto alla famiglia che si assume il malato in custodia.

4.° col diritto infine di ammettere in via d'urgenza, senz'altra modalità iniziale un malato nel proprio manicomio, su proprio certificato (§ 7 c. 2 legge) diritto che è esteso perfino al direttore e medici di un manicomio privato quando costoro ne siano precedentemente autorizzati dal ministero degl'interni (§ 7 c. 3. legge).

Quest'ultima disposizione di cui non può sfuggire ad alcuno l'importanza consacra in modo solenne la dignità e la competenza del medico manicomiale: dignità e competenza che, come giustamente osserva il Ventra nelle sue lucide critiche alla nostra legge del 1904 vengono, in questa, sotto ogni rapporto calpestate e diminuite.

A me sembra anzi che tutti i sopra ricordati attributi del direttore di manicomio siano, nella legge badese, ben più chiari e completi che non quelli del direttore di manicomio pubblico in Italia. L'autorità tecnica del quale, se è timidamente enunciata nell'articolo 3 della nostra legge risulta in pratica piuttosto diminuita dal corrispondente articolo 64 del regolamento e viene infine completamente paralizzata e posposta in tutti i suoi atti dall'asfissiante controllo e dalla sanzione delle autorità giudiziarie. Così per dare un esempio, è ben poco lusinghiera la comminazione di pene (che nella legge badese non è nemmeno accennata) largite quà e là dal nostro legislatore al direttore del manicomio: mentre invece se ne è astenuto verso le famiglie che, pur essendo per legge e per umanità obbligate di ricevere un loro caro licenziato in esperimento, si rifiutano dal farlo.

II. *Destinazione dei psicopatici.* L'articolo 6 del regolamento italiano si limita ad *indicare* con giusto criterio scientifico, ma in modo un pò troppo generico, la possibilità che psicopatici cronici tranquilli, o inoffensivi, o epilettici innocui, o idioti e cretini siano curati in istituti diversi dal manicomio propriamente detto. Tale platonica

disposizione è rimasta in Italia quasi lettera morta ed ha dato luogo ad un fantastico affollamento dei manicomi. Assai giustamente osserva il Ventra che la manchevolezza del regolamento ha fatto completamente fallire l'ammirabile criterio clinico e sociale contenuto nel primo periodo del primo articolo della nostra legge.

La legge badese invece impone con norme precise e larghe la destinazione delle varie categorie di psicopatici. Tutti i manicomi pubblici (i quali dipendono dallo stato) sono divisi in due classi distinte: *manicomi di osservazione (Aufnahmeanstalten)* e *manicomi di deposito* (Uebernahmeanstalten) (§§ 5 e 6 regolam.).

I primi sono le cliniche psichiatriche universitarie di Freiburg i. B. e di Heidelberg, e il manicomio di Illenau. Questi istituti sono a preferenza destinati per l'ammessione di psicopatici nuovi o recidivi: non vi devono essere ammessi, salvo quei casi che occorrano a scopo scentifico o di insegnamento, nè idioti, cretini, dementi, nè epilettici senza disturbi psichici. Può persino venir rifiutata dalla direzione l'ammessione di epilettici psicopatici e, in generale, quella di malati che siano ritenuti, per la natura della loro psicosi, inadatti al soggiorno nei citati istituti. In questo caso tali malati vengono immediatamente inoltrati nei manicomi di deposito (§§ 5, 37, 38 regolamento). A questo proposito non è inutile osservare che se l'Articolo 50 del nostro regolamento dispone alcunchè di simile, il suo effetto pratico è rimasto finora nullo per la quasi completa mancanza, in Italia di istituti adatti.

I manicomi di deposito (Emmendingen, Wiesloch, Pforzheim) sono a preferenza destinati all'ammessione di malati non o non più adatti al soggiorno negli istituti di osservazione, e specialmente di quelli la cui guarigione richieda un lungo periodo di tempo. Agli idioti, cretini, dementi e psicopatici invalidi (marasmatici) è più particolarmente destinato il manicomio di Pforzheim (§ 7 c. 2 regolam.).

Un terzo ordine di istituti può ricoverare dei psicopatici: e sono quelli privati particolarmente adibiti ad epilettici o deficienti; e i ricoveri per cronici o di mendicità. Le disposizioni relative a questi sono indicate nella parte del regolamento badese dedicata ai manicomi privati (passim e §§ 55 - 60).

Con tali disposizioni il legislatore badese, oltre ad uno scientifico ripartimento dei malati evita, con prudente misura, l'affollamento e

l'ingombro dei manicomi pubblici: ed in questo, come in altri punti — è deveroso riconoscelo — la legge badase e più completa della nostra. Conviene tuttavia sapere che il compito dello stato è notevolmente semplificato dall'iniziativa privata. Gran parte degli istituti per frenastenici ed epilettici sono gestiti o da imprenditori privati o da corporazioni in massimo numero religiose, non solo nel Baden, ma in tutta la Germania. In Italia l'iniziativa privata è ancora in embrione ed appena qua e là accenna a svilupparsi (Bertalia, Roma, Napoli, Lombardia, Torino). Auguriamoci che si sviluppi rapidamente per sane e feconde iniziative possibilmente laiche.

III. *Cure dei malati. Assistenza famigliare. Sorveglianza dello stato. La cura del lavoro* (*o ergoterapia* come io la ho denominata fin dal 1903) è consacrata dall'articolo 25 del regolamento badese. In base a questo, su ordine della direzione, i malati possono essere occupati in una maniera corrispondente al loro stato mentale ed alla loro posizione sociale.

Il sistema dell' assistenza eterofamigliare è regolato unicamente dalla direzione manicomiale. Questa può, col consenso delle persone che hanno presentato l' istanza dell' internamento, consegnare dei malati adatti a famiglia fidata ed abitante nei dintorni del manicomio, contro un compenso giornaliero stabilito d' accordo fra questa e il direttore. I malati continuano a dipendere dal manicomio, vengono da questo curati e sorvegliati e possono senz' altro venir ripresi quando si verifichino delle alterazioni nel loro stato generale o le condizioni della famiglia custode sembrino rendere necessario tale ritiro (§ 31). Analoghe disposizioni si travano in parte contenute nell'articolo 62 del nostro regolamento italiano.

La sorveglianza sui manicomi pubblici è esercitata, presso a poco come in Italia, da un commissario ministeriale accompagnato da un medico relatore, il quale deve visitare il manicomio improvvisamente almeno una volta all' anno. Le cliniche psichiatriche di Freiburg e Heidelberg dipendono dal ministero di Giustizia e Istruzione, gli altri manicomi dal ministero degli interni.

IV. *Manicomi privati e istituti analoghi.* La deficienza della legge italiana a tale riguardo è sostituita nella legge badese da severe e ben precise norme riguardanti i manicomi privati e istituti affini, la loro denominazione, le loro funzioni, i loro limiti di azione. Basterà ch'io

citi due punti: 1° ogni manicomio privato, destinato a malati guaribili o ad un numero superiore ai 50 deve dipendere da un medico alienista che (salvo particolari eccezioni concedute caso per caso dal ministero degli interni) deve dimostrare almeno una pratica biennale compiuta in un manicomio pubblico germanico (§ 42); 2.° non possono, *nemmeno provvisoriamente*, venir ammessi dei psicopatici in cliniche private ed in sanatorii, se questi non sono contemporaneamente autorizzati a funzionare come manicomi privati (§ 60).

V. *Altre disposizioni.* Molte altre disposizioni di minore importanza, simili alle italiane, o nuove addirittura, esistono nel regolamento badese: specialmente quelle riguardanti i ricorsi degli alienati, gli scritti degli alienati alle famiglie o ad altre autorità, le visite dei parenti. A proposito di queste ultime è interessante conoscere le disposizioni del legislatore badese, secondo il quale, il permesso di visita di parenti o terze persone ai psicopatici ricoverati nei manicomi pubblici è in ogni singolo caso sottoposto all'approvazione del direttore (§. 28). Questa disposizione, a prima vista secondaria, ha tuttavia il suo valore, quando si pensi che in altri paesi, dove non esistono o sono poco precise le norme legali a tale riguardo, sono avvenuti dei casi giudiziarii abbastanza curiosi.

Uno di questi è riferito dal Parant. Una signora, posta dal marito in un manicomio privato, fu rapita dalla sorella e dal cognato col pretesto di una visita e per fare un dispetto al marito.

Alcun tempo dopo, essendo la stessa malata stata ricoverata nel manicomio di Tolosa diretto dal Parant, la sorella tentò nuovamente il colpo, chiedendo al direttore (che conosceva i precedenti) di visitare la sorella. Costui acconsentì, purchè la visita fosse fatta dalla sorella accompagnata con la madre e sotto la debita sorveglianza. La sorella non accettò, ed intentò una lite che si trascinò dai tribunali alla corte d'appello finendo col dare al Parant piena ragione. Tale lite era stata possibile per la difettosità della legge francese sui manicomi pubblici e privati che data ancora dal 30 giugno 1838. Questa, all'articolo 4, specifica il diritto di visita ai manicomi solo a certe autorità o amministrazioni designate; mentre è muta nei riguardi di altre persone, come sono muti tutti i progetti di legge, compreso l'ultimo del 1907 che forono successivamente presentati al parlamento di Gallia.

Dalle brevi osservazioni che ho esposto si può dire in ultima analisi che la legge 1910 sugli alienati del Granducato di Baden è stata foggiata sull'identica trama della nostra 1904: ma traendo profitto dall'esperienza di questi ultimi sei anni e dalla più vasta organizzazione dei manicomi pubblici e privati tedeschi si è presentata come un complesso più organico e preciso.

I vantaggi principali in confronto della nostra mi sembrano tre:

1.° L'esclusione del potere giuziario dall'ingerenza nelle pratiche rignardanti gli alienati. Queste pratiche sono sostanzialmente trattate fra il direttore del manicomio e l'ufficio e medico circondariali.

2.° La affermazione dell'autorità tecnica ed esecutiva del direttore di manicomio, la cui precisa responsabilità è appoggiata su diritti altrettanto precisi.

3.° La destinazione e la scientifica ripartizione nei vari manicomî, dei psicopatici in base alla natura clinica della malattia. Sono così riconosciuti due ordini di manicomî pubblici: quelli di osservazione, per i casi nuovi, recidivi o acuti, a preferenza guaribili, con esclusione dei dementi cronici, epilettici e frenastenici in genere: quelli di deposito per tutti questi ultimi citati, venendo oltre a ciò destinato il manicomio di Pforzheim possibilmente ai soli frenastenici, dementi e marasmatici.

Accanto a tali istituti pubblici, come ho prima accennato, sono infine particolarmente considerati e favoriti dal legislatore badese quegli istituti privati i quali, numerosissimi e fiorenti in tutta Germania accolgono frenastenici ed epilettici. Grazie a questa specializzazione, è stato dato un validissimo impulso alla più esatta conoscenza psicologico-sociale delle manifestazioni cliniche di tali malati, e si ha notevolmente progredito nell'applicazione dei metodi più adatti per la loro cura e per la loro educabilità.

Se, per finire, si volge ora un rapido sguardo al regime degli alienati in Europa si può dire che esso è, dal lato puramente legislativo, abbastanza arretrato. In Francia, per dare qualche esempio, vige ancora la legge del 1838, in Norvegia quella del 1848. In Scozia e Irlauda la legge del 1855 (l'Inghilterra ha il Lunacy act del

1890), la Prussia ha solo una legge recente ma parziale (del 1901) relativa all'assistenza dei frenastenici (FÜRSORGEERZIEHUNGS-GESETZ).

Dovremmo, da questa sola constatazione dedurre che la condizione degli alienati, negli stati civili d'Europa, lasci a desiderare? Certamente no: ma potremmo anzi azzardare l'opinione che, per alcuno di questi il rapporto fra i due termini sia inverso. Non è soltanto una legge che può perfezionare e spingere per nuove vie l'assistenza degli alienati; ma sono, sopratutto le iniziative pubbliche e private, con o senza il concorso della Stato. In Italia, dove medico alienista, mi si permetta di dire, è sinonimo di grande abnegazione e di operosità esiste un vastissimo campo di azione incolto, mentre all'estero esso è da lungo tempo dissodato e fecondato generosamente. È vero che presso di noi esistono gli Enti provinciali, i quali, nella grande loro maggioranza hanno sostenuto finora immensi sacrifici per l'assistenza degli alienati: ma conviene riconoscere che da un lato lo stato, oberandoli di tutto il peso del mantenimento e dall'altro le necessità moderne costringendoli a spese incongrue solo per l'edilizia manicomiale, ne hanno paralizzato una più vasta e multiforme attività tecnico-sociale nel campo delle pazzie.

Noi abbiamo pochi manicomî e quasi nient'altro che manicomî: troppi di questi per quanto recenti sono ancora sul tipo di pietosa caserma, o di museo e troppo pochi sul tipo di colonia agricola. Eppure l'esperienza universale ha oramai dimostrato che questa sola deve essere ora e per il futuro prossimo — nella sua incontestata superiorità tecnica, terapeutica ed economica la vera città dei pazzi, il vero asilo-ospedale delle malattie mentali.

Dicembre 1910.

BIBLIOGRAFIA

1. *Badisches Gesetz. Die Irrenfürsorge betreffend.* — Badische Ministerial Verordnung. Die Irrenfürsorge betreffend — *Psychiatrisch - neurologische Wochenschrift* n.[i] 25, 29, 30, 32. XII Iahrg. 1910-11.
2. Legge italiana 14 febbraio 1904 n.° 36 e regolamento 16 agosto 1909 n.° 615 sui manicomî e sugli alienati. — *Roma, Stamperia Reale Colombo e Ripamonti.*
3. *D. Ventra* — La legge sui manicomî e sugli alienati: considerazioni e appunti. *Il Manicomio, arch. di psich. 1906.*
4. *Levi Bianchini* — Ergoterapia e Psicoterapia. Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manic. 1903 e Nouvelle Iconographie de la Salpétrière 1904.
5. *Parant* — Du droit de visite des parents ou amis aux alienés internés. *Annales médico - psychol. s. 9. t. 12. p. 65. 1910.*
6. *Vallet* — De la protection legale de la santé de l'aliené en droit comparé. Paris. Masson — 1910.
7. Resoconti del 4.° Congr. internaz. per l'assistenza degli Alienati a Berlino — in Revue de Psychiatrie p. 460 e seg. 1910.

Badische Ministerial - Verordnung

DIE IRREFÜRSORGE BETREFFEND

(*vom 30 Iuni 1910*)

(Regolamento 30 giugno 1910 per l'applicazione della legge 25 giugno 1910 sugli alienati nel Granducato di Baden).

Ad esecuzione della legge 25 giugno 1910 sugli alienati e in base al § 134 del codice penale di polizia, con l'autorizzazione granducale, il ministro di stato ordina quanto appresso.

A. MANICOMII PUBBLICI.

I. GENERALITÀ.

§ *1. Definizione dei manicomî pubblici.*

Manicomî pubblici ai sensi della legge e di questo regolamento sugli alienati sono le cliniche psichiatriche di HEIDELBERG e FREIBURG e i manicomî di ILLENAU, EMMENDINGEN, PFORZHEIM e WIESLOCH.

§ *2. Attribuzioni dei manicomî pubblici.*

(1) Scopo dei manicomî pubblici è la guarigione e cura di psicopatici, epilettici e quegli altri neuropatici che sono suscettibili di una cura psichiatrica, come pure la osservazione di stati mentali incerti (dubbii).

(2) Le cliniche psichiatriche di HEIDELBERG e FREIBURG servono in pari tempo all'insegnamento scientifico della psichiatria.

§ 3. *Persone da ricoverare: a) secondo la natura della malattia.*

(1) Psicopatici che non presentano la necessità di un trattamento psichiatrico devono essere internati nei manicomî pubblici solo allorquando siano pericolosi a sè, agli altri, alla proprietà, o offendano la moralità pubblica o siano privi o non sufficientemente protetti nei riguardi della sorveglianza, protezione, cura o assistenza medica.

(2) Persone nelle quali non è comprovata una malattia mentale possono venire ammesse nei manicomî pubblici solo quando la loro ammissione in via di osservazione sia ordinata da un'autorità (§ 8 legge) o quando esse stesse lo richiedano, dopo aver adempiuto alle condizioni contemplate nel § 12, a scopo di guarigione o di osservazione.

(3) Come psicopatici ai sensi di questo regolamento, sono considerati anche i frenastenici.

§ *4. b). Secondo la cittadinanza.*

(1) Vengono ammessi nei manicomî pubblici:

1. Sudditi badesi, che abitano nel granducato, o che per ragioni di povertà e di diritto delle genti devono venir trasportati nel granducato.

2. Sudditi (non badesi) dell'impero germanico, o stranieri che abitano nel granducato o che in questo devono venir trasportati per ragioni di povertà o di diritto delle genti, fintantochè la loro cura è a spese dell'impero, dello stato del Baden, di un patronato di soccorso poveri badese, di una cassa mutua di malattia, dell'istituto di assicurazioni « Baden » o di una società analoga riconosciuta dal *Granducato:* o infine chi viene internato d'autorità dell'ufficio circondariale a termini § 5 della legge.

(2) Possono oltre a ciò venire ammessi, sempreché vi sia posto-cittadini dell'impero non badesi o stranieri verso pagamento di una tassa di cura più elevata (§§ 27, 26 comma 4) purchè tale pagamento sia garantito.

§ 5. *Istituti di osservazione.*

(1) Per l'ammissione di psicopatici nuovi o recidivi sono a preferenza destinate le due cliniche psichiatriche e il manicomio di Illenau (*Aufnahmeanstalten*).

(2) Non devono essere ammessi in questi istituti con eccezione di quei casi che occorrono a scopo scientifico di insegnamento:

1. Idioti, cretini, dementi.
2. Epilettici senza disturbi psichici.

(3) L'ammissione di epilettici psicopatici negli istituti di osservazione può essere rifiutata: lo stesso vale per quei psicopatici i quali, per la natura della loro malattia, sono, della Direzione, giudicati inadatti al soggiorno negli istituti stessi. In tal caso la direzione deve immediatamente inoltrare i documenti che accompagnano il malato alla direzione dell'istituto di deposito ed avvisare contemporaneamente la persona che ha presentato l'istanza di internamento.

§ 6. *Istituti di deposito.*

Per l'ammissione di ammalati non o non più adatti al soggiorno negli istituti di osservazione, e specialmente di quelli la cui guarigione richiede un lungo periodo di tempo, come pure di epilettici, sono a prefenza destinati i manicomî di Emmendingen, Pforzheim, Wiesloch. (*Uebernahmeanstalten*).

§ 7. *Provenienza dei malati* (Aufnahmebezirke).

(1) Per i malati da ammettere nei manicomî pubblici a spese dell'impero, dello stato, dei patronati per poveri, delle casse mutue di malattia, delle corporazioni o dell'istituto di assicurazioni «Baden» sono stabiliti i seguenti circondarii di provenienza:

a) per gli Istituti di osservazione e precisamente

1. per la clinica psichiatrica di Heidelberg: i circondarii amministrativi dei circoli di Mosbach, Heidelberg e Mannheim e, del circolo di Karlsrùhe i circondarii amministrativi di Bretten, Bruchsal, Pforzheim.

2. per la clinica psichiatrica di FREIBURG i circondarii amministrativi dei circoli di FREIBURG, LÖRRACH e WALDSHUT.

3. Per il manicomio di ILLENAU i circondarii amministrativi dei circoli di Baden. Offenburg, Villingen e Konstanz come pure quelli di DURLACH, ETTLINGEN, KARLSRUHE del circolo di KARLSRUHE.

b). Per gli istituti di deposito e precisamente.

1. Per il manicomio di EMMENDINGEN i circondarii amministrativi dei circoli di KONSTANZ, VILLINGEN, WALDSHUT, LÖRRACH, FREIBURG e OFFENBURG.

2. Per il manicomio di WIESLOCH i circondarii amministrativi dei circoli di BADEN, KARLSRUHE, MANNHEIM, HEIDELBERG e MOSBACH.

(2) Nel manicomio di PFORZHEIM sono da ammettersi a preferenza idioti, cretini, dementi e psicopatici invalidi (marasmatici).

§ 8. *Libertà di scelta dell'istituto.*

(1) Persone il cui stato mentale deve essere sottoposto ad osservazione e perizia, in seguito ad ordinanza giudiziaria (§ 8 legge; § 81 procedura penale, § 217 procedura militare, § 656 procedura civile) possono venire ammesse in qualunqne manicomio pubblico.

(2) Quando le spese di mantenimento sono sostenute dal malato stesso o da chi per lui civilmente è obbligato, la libera scelta del manicomio fra quelli contemplati nel § 1 spetta alla persona che è autorizzata ad emettere l'istanza di ricovero.

§. 9. *Internamento diretto di malati nuovi nei manicomî di deposito.*

Ferme restando le disposizioni sui circondarii dai quali possono venire regolarmente accettati malati nei manicomî di deposito, tale ammissione, in questi casi e nei casi contemplati dal § 8 comma 2, è permessa soltanto quando non venga disturbata la regolare spedizione dai manicomî di osservazione a quelli di deposito stessi.

§ 10. *Sorveglianza dei manicomî pubblici.*

(1) La diretta sorveglianza sulla clinica psichiatrica di HEIDELBERG è esercitata dalla Commissione accademica ospedaliera: sulla clinica psi-

chiatrica di FREIBURG dal Senato dell'Università. Il controllo superiore su queste due cliniche è esercitato dal Ministero di Giustizia, Culto e Istruzione.

(2) La diretta sorveglianza sui manicomi è esercitata dalla Corte Amministrativa; il controllo superiore dal Ministero degli interni.

(3) I ministeri sopracitati emaneranno gli ordinamenti interni per il funzionamento di detti istituti.

§ 11. *Ispezioni periodiche*

Ogni manicomio pubblico sarà sottoposto, almeno una volta all'anno, ad una visita improvvisa di un commissario del relativo ministero accompagnato da un medico relatore durante la quale ogni malato sarà autorizzato di presentare al commissario ministeriale le proprie eventuali lagnanze.

II. **Procedura per l'ammissione**

§ 12. a) *Ammissione su domanda del malato stesso*

(1) Ammalati neuro o psicopatici maggiorenni, non interdetti, possono senz'altro su loro domanda venire accolti nei manicomi pubblici a scopo di guarigione od osservazione quando sono, a giudizio della direzione accettabili ed è garantito il pagamento della retta.

(2) L'istanza del malato deve essere protocollata dalla direzione: il risultato dell'esame del malato deve essere posto per iscritto.

(3) Lo stesso vale per epilettici maggiorenni le cui sofferenze non sono accompagnate da disturbi psichici.

§ 13. b) *Ammissione senza o contro la volontà del malato*

(1) La domanda di internamento fatta da persona autorizzata (§ 2 legge) deve essere rivolta per iscritto all'ufficio circondariale, alla direzione del manicomio o all'ufficio municipale: o esser data a protocollo: ma deve essere senza indugio consegnata al rispettivo ufficio circondariale (§. 6 legge) se non è questo quello che la ordina.

(2) Nella istanza deve essere indicato il manicomio dove si chie-

de l' internamento, la classe alla quale si intende porre il malato e la persona dalla quale vengono sostenute le spese di mantenimento. Se queste sono sostenute direttamente dall' istante, o da questi con i mezzi dell' internando si dovrà richiedere una espressa dichiarazione di obbligazione: si richiederà poi una obbligazione e dichiarazione di debito scritta da quella qualunque altra persona che — escluse le due cennate — sostenesse le spese stesse.

(3) Se le spese di mantenimento non sono sostenute dal patrimonio del privato o da chi per lui è privatamente obbligato; nè da una cassa malati, corporazione professionale o istituto di assicurazione — in tali casi il patronato poveri obbligato alle spese deve essere interpellato dall' ufficio circondariale sull' istanza di ammissione e sull' obbligo delle spese stesse.

§ 14.

(1) Il certificato medico (§. 3 della legge) della cui presentazione deve, all' occorrenza occuparsi l' ufficio circondariale, deve essere steso secondo l' annesso modello I. Dal certificato deve risultare che l' esame personale del malato non è stato fatto anteriormente a due settimane. Gli stampati pel certificato si possono avere dal' ufficio o dal medico circondariale.

(2) Quando, a giudizio dell' ufficio circondariale il certificato medico lascia dei dubbi, specialmente perchè troppo indeterminato, o non conclusivo, o perchè il medico estensore è totalmente sconosciuto all' ufficio stesso, allora, prima che si sia deciso sull' accettabilità dell' istanza, il medico circondariale deve estendere un parere peritale, possibilmente dopo una visita preventiva al malato stesso.

(3) Subito dopo l' ufficio circondariale sollecita il certificato della locale autorità di pubblica sicurezza (o, ove occorra per completarlo, dal municipio) sui connotati del malato, secondo il modello II; è obbligo suo ancora di raccogliere tutte quelle informazioni che sono necessarie per decidere su chi debbono gravare le spese di mantenimento (vedi §. 13 comma 2). Gli stampati per il certificato della P. S. si possono ottenere dall'ufficio circondariale.

(4) Si soprassiede ad ogni ricerca sulla solvibilità della persona obbligata al mantenimento se viene versata anticipatamente alla di-

rezione del manicomio la retta almeno di un trimestre o si sarà data sufficiente garanzia. In tale caso la direzione del manicomio ne dovrà immediatamente informare l' ufficio circondariale.

§ 15. *Dichiarazione di accettabilità dell' istanza da parte dell' ufficio circondariale.*

(1) In caso di accettazione dell' istanza (§. 3 legge) l' ufficio circondariale informa immediatamente la direzione del manicomio nel quale deve avvenire l' ammissione: le invia contemporaneamente l' istanza con il certificato medico e con quello della P. S. e pronunzia in pari tempo su chi deve gravare la spesa di mantenimento. Conserva insieme agli atti, copia del certificato della P. S.

(2) Dell' avvenuta accettazione dell' istanza si deve dare notizia alla persona che la ha presentata.

§ 16. *Decisione sull' ammissione.*

La direzione esamina i documenti; esige, — se eventualmente manchino — ulteriori giustificazioni e decide sull' ammissione, classe di cura, spese di mantenimento salvo i casi in cui tale decisione non spetti alla superiore autorità.

§ 17. *Rapidità nelle pratiche.*

(1) La trasmissione dell' istanza alla direzione non deve subire alcun ritardo dalla ricerca delle notizie sulla solvibilià e sulla persona obbligata alle spese.

(2) Tutte le pratiche riguardanti il ricovero di un psicopatico in un manicomio pubblico devono essere esperite nel più breve tempo possibile dai relativi ufficii ed impiegati.

§ 18. *Internamento su ordinanza dell' ufficio circondariale.*

(1) In caso di ordinanza a termine del §. 5 legge, l' ufficio circondariale ne deve dare avviso alla direzione del manicomio e alla

persona obbligata alle spese: per il resto valgono le disposizioni dei §§ 14 a 17.

(2) La decisione dell' ufficio circondariale deve essere fatta conoscere alle persone indicate al § 2 cifra 1 e 2 della legge: e queste — per quanto ciò sarà possibile senza sproporzionata fatica — saranno edotte sui diritti di querela e ricorso a loro spettanti.

§ 19. *Procedura d' urgenza.*

(1) In caso di internamento di urgenza (§ 7 della legge) devono essere egualmente e senz' altro iniziate le pratiche per l' ammissione definitiva: a tale scopo la direzione del manicomio deve entro 24 ore trasmettere all' ufficio circondariale competente (§ 6 della legge) tutti gli atti già estesi insieme alla partecipazione di ammissione prescritta del § 7 comma 4 della legge.

(2) L' ufficio udrà, sulle partecipazioni che gli arrivano, la persona e l' ente autorizzati all' istanza di ammissione: nel caso in cui, non venendo presentata un' istanza, permanessero le condizioni previste dal § 5 della legge, ordinerà di autorità propria l' internamento.

§ 20 *Altre modalità per l' internamento.*

(1) Anche in casi di urgenza (§ 7 della legge) la traduzione di un malato in un manicomio pubblico non può avvenire se non con il benestare della direzione e con preventivo avviso sull' epoca dell' arrivo: tuttavia deve venire affrettata il più possibile.

(2) Se la traduzione di un malato è sospesa o differita per più di otto giorni, ne deve essere avvisata senz' altro la direzione del manicomio.

(3) Se l' ammissione di un malato non avviene prima di 14 giorni al più tardi, dall' accettazione dell' istanza o dall'ordinanza d' internamento, si deve presentare un nuovo certificato medico e una nuova decisione circondariale (§ 4 comma 1, § 5 comma 1 della legge). —

§ 21 *Trasporto del malato.*

(1) Il trasporto del malate è a spese dell' istante o dell' autorità che ordina l'internamento.

(2) Ogni ammalato deve essere accompagnato da persona fidata e a conoscenza delle condizioni del malato stesso, e capace di dare ai medici manicomiali le informazioni necessarie. L'accompagnatore deve avere una carta di riconoscimento, rilasciatagli ufficialmente, a leggittimare la personalità del malato, la sua stessa e la missione di cui è rivestito.

(3) Ulteriori indicazioni sul modo di trasportare il malato e sul modo di trattarlo in viaggio devono essere date, quando il caso lo richieda, o dal medico curante o dal medico circondariale.

§ 22 *Trasporto con l'aiuto della Pubblica Sicurezza.*

(1) La cooperazione di agenti di P. S. o l'uso di mezzi coercitivi della P. S. stessa per la traduzione di psicopatici ricalcitranti in manicomî pubblici o per ricondurli in caso di recidiva, è senz'altro concessa se l'internamento fu ordinato dall'ufficio circondariale (§ 5 della legge); oppure quando si tratti dell'internamento di minorenni o interdetti per incarico dei loro rappresentanti legali.

(2) Per quanto riguarda psicopatici maggiorenni non interdetti, l'opera della P. S. su domanda della persona autorizzata all'istanza sarà concessa solo allorquando il medico circondariale, previa visita personale del malato, avrà constatato gli estremi previsti dal § 5 della legge. Egualmente in caso di evasione dal manicomio un malato, nel quale a giudizio della direzione sussistano gli estremi ora citati, potrà esservi ricondotto con l'aiuto della polizia.

(3) In casi eccezionali, quando si tratti di una traduzione forzata di psicopatici o di recidivi in un manicomio pubblico, la direzione, su domanda dell'autorità giudiziaria o di P. S. potrà mettere a disposizione loro del personale manicomiale. All'infuori di cio il personale del manicomio dev'essere impiegato solo per accompagnare malati dimessi non guariti, per accompagnare malati in altri manicomii o istituti per cronici; in caso di evasione per ricondurre un malato ripreso nelle vicinanze del manicomio; in via eccezionale per rilevare un malato alla ferrovia.

(4) Gli agenti di P. S. devono, nel trasporto di malati, vestire in borghese.

§ 23. *Partecipazione dell' ammissione.*

(1) La Direzione del manicomio deve partecipare l'avvenuta ammissione all'estensore dell' istanza, al relativo ufficio circondariale secondo il § 6 della legge e al patronato poveri obbligato al mantenimento e a quel qualunque altro organo pubblico che sopporta le spese di mantenimento. L'ufficio circondariale deve trasmettere la partecipazione di ammessione, per il visto, al medico circondariale.

(2) L' ufficio circondariale deve (per quanto sia possibile senza sproporzionata fatica) dare avviso alle persone nominate al § 2 cifra 1 e 2 della legge, dell'avvenuto internamento e renderle edotte dei mezzi legali a loro spettanti in caso di eventuale ricorso o querela.

III. Trattamento e cura dei malati in manicomio

§ 24 *Regolamento e disposizioni di servizio.*

La cura e il trattamento dei malati vengono organizzati dal regolamento esistente per ogni manicomio (§ 10 comma 3) e dalle disposizioni di servizio istituiti per gl' impiegati.

§ 25 *Terapia del lavoro.*

(1) Su ordine della direzione i malati possono essere occupati in una maniera corrispondente al loro stato mentale e sociale.

(2) Per il lavoro compiuto dal malato (che serve esclusivamente a scopo di cura) non può essere preteso, dalle persone obbligate al mantenimento, alcun condono o riduzione della retta. —

§ 36. *Classi di trattamento.*

(1) I malati che si mantengono a proprie spese vengono, a seconda delle loro abitudini e in conformità dell' istanza della persona che ne chiede l'internamento, divisi in tre classi che si differenziano

per il prezzo e per il locale. Oltre a ciò si istituisce nei manicomî una classe speciale pensionanti nella quale si metteranno quei malati per i quali venisse domandato un trattamento superiore a quello della prima classe.

(2) Egualmente nelle cliniche psichiatriche — semprechè ciò sia compatibile con gli scopi dell' istituto — si possono accettare pensionanti ad una retta più elevata di quella stabilita per la prima classe (§ 27).

(3) La cura di malati a carico della cassa imperiale o badese, di patronati poveri, di casse malati, di corporazioni professionali o dell' istituto di assicurazioni si calcola generalmente alla 3.ª classe.

(4) Sudditi non badesi, eccezione fatta dei casi d' internamento a spese dell' impero, dello stato, del patronato poveri o altro ente ufficiale, devono entrare nella classe pensionati o nella 1ª classe; nelle cliniche psichiatriche nella 1.ª o 2.ª classe, e solo in via eccezionale in una classe diversa.

§ 27. *Rette.*

(1) La retta dei malati viene di tempo in tempo stabilita e pubcata dai relativi ministeri. (Vedi ordinanza del ministero di giustizia culto e istruzioni 27 Dicembre 1907 riguardante le rette malati nelle cliniche psichiatriche di Heidelberg e Freiburg, e ordinanza del ministero degl' interni 21 dicembre 1907 riguardante le rette dei malati nei manicomî).

(2) Nell' interesse dell' insegnamento e dello studio le direzioni delle cliniche psichiatriche possono prendere fino a quattro malati a cura gratuita.

(3) La retta per malati nullatenenti dev' essere pagata, a tenore della legge di soccorso locale, dai patronati poveri obbligatorii, sempre e semprechè le spese di mantenimento non vengano sopportate da terze persone o enti solvibili.

(4) La retta di malati nullatenenti internati su ordinanza circondariale (§ 5 della legge) spetta di dovere, finchè l' internamento avviene esclusivamente nell' interesse pubblico, al comune, a tenore dei §§ 58 e 59 ordinanza municipale: salvo il diritto di rivalsa del comune verso le persone od enti obbligati al mantenimento del malato in conformità del diritto pubblico e privato.

(5) Le spese per il rilievo, viaggio, trasporto di un malato, per le sue dimissioni, per il suo trasferimento da un manicomio all'altro (§§ 37 e 39) sono assegnate allo stesso modo delle spese di mantenimento: lo stesso vale per le spese di vestiario, salvo il caso in cui il malato possieda del suo il vestiario prescritto dal regolamento.

§ 28. *Visite ai malati, notizie sui malati.*

(1) Il permesso di visita dei parenti o di terzi a psicopatici ricoverati nei manicomî pubblici è in ogni singolo caso sottoposto all'approvazione della direzione.

(2) Le notizie orali o scritte a persona autorizzata o ad autorità vengono trasmesse dalla direzione del manicomio.

§ 29. *Lettere dei malati.*

(1) La direzione decide se e quali lettere di malati di manicomî pubblici debbano o no essere spedite a destinazione: a tale scopo essa è autorizzata di aprire lettere chiuse. La corrispondenza epistolare fra malati da una parte e tutore o persone indicate a § 2 cifra 2 della legge, non deve, di regola, venire limitata.

(2) Istanze all'ufficio circondariale soprastante (§ 6 della legge:) e al tribunale amministrativo (§ 9 comma 2 periodo 3, comma 3 § 4 comma 2 e § 5 comma 3 della legge) vanno inoltrate a questi uffici: lagnanze e ricorsi contro decisioni circondariali sono da spedire all'ufficio circondariale per il proseguimento della pratica. Nei casi convenienti la direzione del manicomio farà una breve comunicazione sullo stato (mentale) del mittente e informerà sopratutto se il malato è da ritenersi in qualche modo inabilitato (geschäftsûnfähig).

(3) Quando da un malato maggiorenne e non inabilitato viene sollevato ricorso contro il trattenimento in manicomio (§ 9 comma 2 della legge), l'ufficio circondariale prese le necessarie informazioni, fra le quali, regolarmente il parere della direzione manicomiale e del medico circondariale, decide in merito: e col mezzo della direzione ne dà notizia al malato, informandolo in pari tempo dei mezzi di ricorso e querela che gli spettano.

§ 30. *Congedo temporaneo dei malati.*

Per ragioni speciali e su ordine di un' autorità la direzione del manicomio può rilasciare in permesso temporaneo un malato che non sia stato ammesso in virtù dei §§ 5 e 8 della legge.

§ 31. *Cura familiare.*

(1) Le direzioni manicomiali possono, col consenso di chi ha presentato l' istanza d' internamento, dare malati adatti in cura ad una famiglia fidata ed abitante nei dintorni del manicomio, contro un compenso giornaliero stabilito d' accordo.

(2) Il malato continua a dipendere dal manicomio, viene da questo curato e sorvegliato medicalmente e può senz' altro venire ripreso in manicomio quando vengano a verificarsi alterazioni nel suo stato o le condizioni della famiglia custode sembrino rendere tale ritiro necessario.

(3) La consegna a cura famigliare non esercita alcuna modificazione sulla retta (§ 27).

IV. Dimissioni dal Manicomio.

1. Definitive

§ 32. *Condizioni delle dimissioni.*

(1) Le dimissioni di una persona internata in un manicomio pubblico devono aver luogo quando sussistano le condizioni espresse nei §§ 9 comma 1 e 10 comma 1 della legge. Se vengono ritirate la dichiarazione d' ammessibilità e l' ordinanza circondariale, l' ufficio circondariale ne deve dare immediato avviso alla direzione del manicomio.

(2) Persone ammesse su loro domanda (§ 12) devono, quando lo chiedano, venire senz' altro dimesse, semprechè siano guarite o quando sia finito il periodo di osservazione, o il malato viene interdetto e la dimissione chiesta dal tutore, o quando le spese di mantenimento non siano più garantite.

(3) Se tuttavia nei casi contemplati dal comma precedente o dal §, 10 comma 1 della legge, sussistano a giudizio della direzione, le

condizioni espresse nel § 5 della legge, il malato deve essere trattenuto nel manicomio fino a decisione — che dovrà senza ritardo essere trasmessa — dell'ufficio circondariale (§ 10 comma 2 e 3 della legge).

(4) Nei casi contemplati dal § 2 cifra 5 a 7 della legge, la dimissione, a guarigione avvenuta, è concessa dopochè l'autorità, che ne ha ordinato l'internamento si è espressa in merito.

Anche in tali casi si dovrà avvertire a tempo l'autorità sull'epoca della dimissione affinchè questa possa disporre convenientemente sull'ulteriore trasporto del dimissionando.

(5) Se in un malato internato per ordinanza circondariale avviene la guarigione o viene assodata la non esistenza di malattia mentale, la direzione del manicomio deve senza indugio sollecitare il ritiro dell'ordinanza circondariale.

(6) Quando un malato internato su istanza della persona autorizzata, senza essere guarito, è però migliorato a tal punto da non richiedersi più per lui — a giudizio della direzione — un ulteriore trattamento manicomiale, la direzione stessa deve darne notizia all'ufficio circondariale per ottenere il ritiro del benestare (dell'ammissibilità dell'istanza).

(7) Alle domande avanzate dalle persone e autorità citate a § 2 cifra 1, 2 e 4 della legge per il ritiro di un malato, si applicano le norme enunciate al § 29 comma 3.

§ 33. *Avviso di dimissioni.*

Quando è imminente la dimissione di un malato, la direzione del manicomio deve darne avviso alla persona che ha esteso l'istanza di internamento, all'ufficio circondariale sovrastante, al patronato poveri o a quell'ente ufficiale che sostiene le spese di mantenimento: come pure al medico circondariale dell'anteriore e del prossimo domicilio del malato. A quest'ultimo la direzione trasmetterà un breve rapporto clinico e le osservazioni che riterrà necessarie sull'ulteriore trattamento del malato.

§ 34. *Fuga di un malato.*

(1) Della fuga di un malato che non può venir ripreso subito la direzione del manicomio deve dare immediata notizia all'ufficio circondariale che ha emesso l'accettabilità o l' ordine dell' internamento: come pure a quelle persone o autorità su cui domanda od ordine l' internamento è avvenuto. Dovrà pure ove sia il caso darne notizie a quelle persone che eventualmente potessero venir danneggiate dal malato stesso.

(2) Si devono in pari tempo informare quelle autorità (ufficio circondariale, ufficio municipale) la cui cooperazione sia ritenuta necessaria per scoprire il luogo di rifugio del malato, per riportarlo in manicomio, per curarlo o infine per proteggere i terzi da eventuali danni.

§ 35. *Sorveglianza di psicopatici non ricoverati in Manicomio.*

(1) I malati dimessi non guariti e tutti gli altri psicopatici esistenti fuori del manicomio sono soggetti alla sorveglianza del medico circondariale nella misura delle attribuzioni fissategli dal suo regolamento d' ufficio.

(2) Oltre a ciò nei casi adatti, le direzioni manicomiali: per quanto riguarda psicopatica dimessi dai manicomii pubblici si metteranno in rapporto con gli organi del patronato per alienati dimessi.

§ 36. *Casi di morte.*

Se un malato muore nel manicomio, oltre all' avviso d' obbligo all' ufficio di stato civile, si dovrà avvertire il tutore e il più prossimo parente, come pure l' ufficio circondariale soprastante; infine il patronato poveri o quell' Ente pubblico che sopporta le spese di mantenimento. I parenti sono liberi di dare disposizioni per la sepoltura semprechè si sobbarchino le spese relative.

2. Trasferimento in un altro Manicomio.

§ 37. *Trasferimento nel manicomio di deposito.*

(1) Se la psicopatia di un individuo accolto in un manicomio di osservazione apparisce di lunga durata e richiede di conseguenza un prolungato trattamento e cura manicomiale, il malato può venire spedito al manicomio di deposito.

(2) Il passaggio di un malato dalle cliniche psichiatriche al manicomio di deposito è permesso ancora quando la forma morbosa da cui è affetto non presenta più alcun interesse scientifico.

§ 38. *Consenso della persona autorizzata all' istanza.*

(1) Il trasferimento deve avvenire col consenso di quella persona o autorità per cui domanda o ordine è avvenuto a suo tempo l' internamento. Tale consenso può esser dato contemporaneamente all' internamento.

(2) Il consenso è calcolato affermativo se, dopo otto giorni dalla richiesta non è stata mossa obiezione alla direzione del manicomio.

(3) Se contro il consenso viene mossa eccezione, la direzione del manicomio può chiedere al tutore, o ai parenti prossimi, o al patronato poveri obbligatorio l' immediato ritiro del malato. Ove questo non sia possibile — esistendo a parere della direzione le condizioni espresse nel §. 5 della legge, oppure perchè alla richiesta di ritiro non è stata data risposta — essa deve provocare una decisione dell' ufficio circondariale se o no il trasferimento abbia da eseguirsi.

(4) La direzione del manicomio di deposito deve comunicare l' avvenuto trasferimento alle autorità e alle persone contemplate nel § 33.

§ 39. *Trasferimento in istituti per cronici o di ricovero.*

Psicopatici non pericolosi nè a sè, nè agli altri, nè alla pubblica moralità possono, sotto osservanza delle prescrizioni del § 38 ve-

nir trasferiti in un ospedale circondariale o in un altro adatto istituto, per cronici o di ricovero: quando il malato non abbisogni nè di trattamento psichiatrico nè del trasferimento in un manicomio di deposito: e l'amministrazione dell'istituto accettante si sia dichiarata favorevole.

§ 40. *Ritiro dagli istituti per cronici o di ricovero.*

Il ritorno in manicomio di un malato che fu trasferito in uno degli istituti indicati a § 39, deve senz'altro avvenire quando un certificato del medico dell'istituto lo ritiene necessario, sempre però sotto osservanza di quanto è prescritto ai §§ 20 comma 1 e 23 comma 1.

B. MANICOMI PRIVATI

I. Generalità

§ 41. *Sorveglianza dei manicomi privati.*

(1) I manicomii privati sono soggetti alla visita ed alla sorveglianza del medico circondariale nel cui raggio di azione sono posti, come pure del ministero degl'interni.

(2) Vengon visitati inaspettatamente almeno una volta all'anno da un commissario del ministero degl'interni aiutato da un medico relatore, generalmente, accompagnato dal medico circondariale: in tali visite ogni malato può presentare, al commissario ministeriale, le sue eventuali lagnanze.

(3) L'istituto oltre a ciò verrà visitato inopinatamente almeno due volte all'anno dal medico circondariale, semprechè questi non sia il medico dell'istituto stesso.

§ 42. *Esercizio dei manicomi privati.*

(1) Ogni manicomio privato destinato a malati guaribili o ad un numero superiore ai 50, deve dipendere da un medico direttor tecni-

co. Costui deve avere la sua abitazione nel manicomio o vicinissima a questo: ed ha la completa responsabilità dell' intiero andamento dell' istituto.

(2) Come direttori tecnici di manicomi privati e come rappresentanti dell' esercente devono essere preposti solamente medici psichiatri che possano dimostrare almeno una pratica biennale in un manicomio pubblico germanico: eccezion fatta per qualche singolo caso in cui il ministero degl' interni, per particolari ragioni può dare esonero.

(3) Sono di competenza ed obbligo speciali del direttore tecnico l'ammissione e dimissione dei malati, la disposizione in caso di eventuale necessità, dell' isolamento o di altra misura restrittiva; come pure sopratutto le prescrizioni terapeutiche, la responsabilità della tenuta delle storie cliniche e dei registri d' obbligo; come infine dell' esecuzione dei rapporti prescritti.

(4) Per la cura diretta e per la sorveglianza dei malati si deve disporre di adatto personale di custodia e di sorveglianza. Infermieri ed infermiere devono essere soltanto persone fidate ed integre.

§ 43. *Ubicazione, edilizia e impianto dei manicomii pubblici.*

(1) Sulla costruzione ed impianto dei manicomii pubblici, come pure sui registri e sulle indicazioni riguardanti il movimento dei malati ed i malati stessi, possono venir emanate dal ministero degl' interni ulteriori disposizioni.

(2) Nelle costruzioni dei dormitorii e delle sale per malati devono essere osservati i minimi di cubatura per ogni letto già prescritti dal ministero degl' interni (Vedi il capitolo IV. cifra 5 e 6 dell' ordinanza del ministero degl' interni in data 15 giugno 1908 sulla ubicazione, costruzione e impianto di istituti pubblici e privati per malati, partorienti ed alienati).

II. Procedura di ammissione

§ 44. a). *Ammissione su domanda del malato stesso.*

(1) Malati nervosi e mentali maggiorenni non interdetti possono venire senz' altro ammessi su loro propria domanda, a scopo di gua-

rigione e di osservazione, in un manicomio privato quando il malato.

1. rilascia una dichiarazione scritta nella quale egli esprime il desiderio di venir ammesso.

2. quando egli è informato esattamente del valore della sua ammissione dal direttore dell' istituto e quando, previa una visita personale il cui risultato deve essere posto per iscritto, le sue condizioni ne permettano l' accettazione.

(2) Lo stesso vale per epilettici maggiorenni senza disturbi psichici.

§ 45. b) *Ammissione senza o contro la volontà del malato.*

Nel resto l'ammissione di psicopatici in manicomii privati è regolata dai §§ 1 a 4 della legge e dai corrispondenti §§ 13 a 15 del regolamento.

§ 46. *Internamento in caso d' urgenza.*

(1) In casi di urgenza (§ 7 della legge) si applica il § 19 del regolamento.

(2) All' avviso che il direttore del manicomio privato deve, secondo il § 7 comma 4 della legge, mandare entro 24 ore al soprastante ufficio circondariale deve essere unita la pratica imposta per l' ammissione su ordine del medico circondariale a tenore del § 7 comma 1 o comma 3 periodo 2 della legge.

§ 47. *Incompatibilità della cooperazione della P. Sicurezza.*

(1) Non è concessa la cooperazione di guardie di P. S. o di mezzi coercitivi della P. S. per il trasporto di un psicopatico ad un manicomio privato o per ricondurlo in caso di evasione.

(2) In caso di evasione di un malato è permesso al personale dell' istituto di ricondurlo forzatamente solo quando il malato venga ripreso nella immediata vicinanza dell' istituto.

§ 48. *Partecipazione di ammissione.*

(1) Entro le 24 ore dall'ammissione di un malato (§§ 44 a 46) la direzione dell'istituto deve darne notizia al soprastante medico circondariale (§ 41 comma 1) unendo tutti i documenti riguardanti l'ammissione stessa.

(2) Se il medico circondariale, dopo esame dei documenti ha dei dubbi sulla giustezza dell'ammissione egli deve convincersene con una visita immediata, personale, del malato stesso: visita che all'occorrenza va ripetuta. Se egli non ne ritrae la convinzione il malato deve venire immediatamente rilasciato. Sui risultati del suo esame il medico circondariale deve rilasciare una dichiarazione al direttore dell'istituto.

(3) In tal caso i documenti, insieme alla dichiarazione del medico circondariale (comma 2 periodo 3) devono entro i 14 giorni venir trasmessi al soprastante ufficio circondariale (§. 6 della legge).

(4) Dell'avvenuta ammissione il direttore dell'istituto deve — ove ciò sia possibile fare senza sproporzionata fatica — darne avviso al rappresentante legale e ai parenti più vicini nominati al § 2 cifra 2 della legge.

§ 49. *Rapporti con i malati e rapporti dei malati con le autorità.*

(1) I rapporti per mezzo di visite personali e di lettere fra i malati e il rappresentante legale o i parenti autorizzati alla istanza di ammissione, non devono essere limitati. Egualmente istanze dei malati all'ufficio circondariale (§ 6 della legge), al medico circondariale (§ 41 comma 1) o al tribunale amministrativo devono essere trasmesse a queste autorità senza restrizione; lettere chiuse non debbono venir aperte.

(2) Su istanze dei malati contenenti una protesta contro il trattenimento nell'istituto, trova applicazione il § 29 comma 3.

III. Dimissioni dal manicomio privato.

§ 50. *Condizione della dimissione.*

(1) Il licenziamento dal manicomio deve avvenire quando esistono le condizioni espresse nel § 9 comma 1 o § 10 comma 1 della legge. Se viene tolta la accettabilità dell'istanza l'ufficio circondariale ne deve dare immediato avviso.

(2) Persone che sono state ammesse su loro domanda (§ 44) devono venire immediatamente rilasciate, se richiedono il licenziamento, quando sia avvenuta la guarigione, o sia finita l'osservazione o quando il malato viene interdetto ed il tutore lo vuol ritirare.

(3) Se tuttavia nei casi del comma precedente e del § 10 comma 1 della legge esistono nel malato le condizioni previste dal § 5 della legge, il direttore dell'istituto deve estendere immediato rapporto circostanziato all'ufficio circondariale. Frattanto il malato può esser trattenuto nell'istituto — mai però per un periodo di tempo che superi le 3 settimane — finchè o viene dichiarata la accettabilità dell'internamento o l'ufficio circondariale ordina il trasporto del malato in un manicomio pubblico in base al §. 5 della legge.

§ 51. *Congedo temporaneo del malato.*

(1) Per speciali ragioni il direttore dell'istituto può concedere un permesso temporaneo di uscita di un malato.

(2) Il congedo temporaneo e la riammissione del malato allo spirare del termine conceduto devono essere immediatamente denunziati al medico circondariale (§ 41 comma 1).

§ 52. *Avviso di dimissione.*

(1) Dell'avvenuta dimissione di un malato il direttore dell'istituto deve dare avviso all'ufficio circondariale (§ 6 della legge) e al medico circondariale indicato al § 41 comma 1.

§ 53. *Evasione di un malato.*

In caso di fuga di un malato il direttore dell'istituto deve immediatamente avvisare i parenti o il rappresentante legale, su domanda dei quali avvenne l'internamento: come pure l'ufficio e medico circondariali indicati al § 49 comma 1; ove ne sia il caso infine anche quelle persone che potessero venir messe in pericolo dal malato stesso; contemporaneamente si devono avvisare quelle autorità di P. S. (ufficio circondariale, ufficio del borgomastro) che sembrano indicate, per l'interesse del malato stesso o per la difesa e sicurezza dei terzi.

§ 54. *Casi di morte.*

Se un malato muore nell'istituto privato si procede come è indicato nel § 36: si deve contemporaneamente avvertire anche il medico circondariale locale.

IV. Norme particolari per gli Istituti per deficienti, cretini, idioti ed epilettici.

§ 55. *Manicomi privati speciali.*

(1) Per gli istituti per cretini, idioti ed epilettici valgono le prescrizioni contenute ai §§ 1 a 4, 7 e 9 fino a 10 della legge e i §§ 45 a 54 del regolamento.

(2) Per l'ammissione di epilettici maggiorenni non psicopatici valgono le prescrizioni del § 44; epilettici minorenni non psicopatici possono venire ammessi, senza bisogno di ricorrere all'ufficio circondariale, su domanda del loro rappresentante legale.

(3) Istituti per frenastenici, cretini, idioti ed epilettici gestiti da corporazioni pubbliche possono essere diretti anche da persone che non siano medici, semprechè sia assicurata una regolare visita medica a periodi di tempo stabiliti dal ministero degli interni. In tali casi i libri e i regolamenti prescritti possono essere tenuti dal gerente

dell' istituto sotto il controllo del medico. Per quanto riguarda i rapporti di questi malati con i parenti e con le autorità si applicano §§ 28 e 29. Può essere eseguita in questi istituti anche un' ispezione da parte di un commissario ministeriale (§ 41 comma 2) a periodi biennali.

C. Ammissione di psicopatici in istituti per cronici ed ospizî.

§ 56. *Internamento definitivo di psicopatici in pubblici istituti per cronici ed ospizî.*

(1) Sull'ammissione non soltanto transitoria di un psicopatico in pubblici istituti per cronici od ospizî (ospizi circondariali e comunali, ricoveri per cronici circondariali e comunali, ed altri istituti pubblici del genere: ricoveri di mendicità) si applicano i §§ 1 a 4, 9 e 10 della legge e i §§ 45, 47, 48, 49 del regolamento.

(2) All' avviso di ammissione del malato (§ 48 comma 1) che va spedito al medico circondariale del luogo, deve essere unito il certificato di un medico circondariale o del direttore di un manicomio pubblico badese dal quale risulta che il malato non necessita di una cura psichiatrica e dell'internamento in un manicomio (§ 11 comma 2 legge).

§ 57. *Internamento provvisorio di psicopatici in pubblici istituti per cronici ed ospizî.*

(1) Dell' internamento provvisorio di un psicopatico in uno spedale cronici o ricovero poveri pubblico deve essere dato entro 24 ore avviso dal direttore di tale istituto al medico circondariale del circondario in cui l' istituto è situato. Deve essere unito all'avviso e spedito al medico circondariale stesso il certificato prescritto dal § 11 comma 3 connesso al § 7 comma 1 della legge, sull' esistenza delle condizioni legali necessarie all' internamento provvisorio: il medico circondariale a sua volta dovrà inoltrare tosto l' avviso e il certificato all'ufficio circondariale locale.

(2) L' ufficio circondariale deve dopo ciò iniziare immediatamente le pratiche per l' internamento del malato in un manicomio. Tale

internamento deve avvenire non appena sia tolto di mezzo ogni impedimento legale.

(3) Lo stesso vale per un individuo che, ammesso in uno di tali istituti non per malattia mentale, ne venga, col tempo, colpito.

§ 58. *Uscita di un psicopatico da uno spedale cronici od ospizio.*

Come si fa per l'internamento di un psicopatico in uno spedale cronici od ospizio, così, anche l'uscita sia per dimissioni, che per trasferimento in un manicomio, che per morte, dev'essere notificato entro 24 ore al medico circondariale (§ 41 comma 1).

§. 59. *Lazzaretti militari.*

I §§ 56 a 58 non sono applicabili ai lazzaretti militari.

§. 60. *Internamento di psicopatici in cliniche private.*

Non possono nemmeno provvisoriamente venir ammessi dei psicopatici in cliniche private ed in sanatorii se questi non sono contemporaneamente autorizzati a funzionare come manicomii privati.

D. Determinazioni finali.

§ 61.

(1) Questo regolamento entra in vigore contemporaneamente alla legge sugli alienati del 25 giugno 1910.

(2) Restano abrogati: (seguono 9 ordinanze e leggi dal 1895 al 1905 riguardanti le pratiche di ammissione dei psicopatici e gli statuti delle cliniche psichiatriche e dei manicomî badesi, che è inutile riportare in esteso).

Dato a Carlsruhe il 30 giugno 1910.

Il ministro di grazia giustizia e culto

e il ministro degli interni. —

APPENDICE

Modulo 1.° (§ 14 comma 1 del regolamento.) *Certificato medico.* Questo certificato, se non può venire immediatamente spedito al medico circondariale o al direttore del manicomio, deve essere consegnato in busta chiusa ai parenti del malato. Esso comprende le generalità del malato, quelle dei parenti più prossimi comprese le notizie mediche di questi: l'anamnesi remota e l'anamnesi prossima del malato: il risultato della visita del medico estensore, un sunto sulla natura della malattia, generalità, pericolosità del malato ecc. È un modulo prolisso, ma utilissimo.

Il *Modulo* 2.° riguarda il *certificato locale di P. S.* (§ 14 e 3 del regolamento). Dà pure, molto più ampi i connotati del malato, lo stato civile e tutte le notizie di ordine sociale che possono far meglio conoscere la personalità dell' internando.

ALCOOLISMO E DELINQUENZA MINORILE

LETTURA
per l'Associazione Cesare Beccaria di Milano
(Marzo del 1911)
DEL
D.r Prof. Fr. Del Greco

Signori!

I.

Fatti e Problema.

1. Ringrazio codesta benemerita Associazione dell'alto onore che mi concede. Essa desidera, che io tocchi di una questione, ben difficile e grave — La presente Società civile, con lavoro intenso, continuato, avanza ogni giorno — Eppure ha in sè tristissimi mali: uno sovra tutti, che ne pone in forse lo sviluppo, (direi quasi) la esistenza. L'alcoolismo e l'aumentata criminalità del fanciullo e dell'adolescente la colpiscono alla radice!

Che mai sarebbero la nostra attività morale, tutte le speranze, illusioni e fatiche degli uomini, senza la idea, che hanno valore? Dico, che hanno valore, *continuità di effetti buoni, fecondi,* oltre l'angusto giro di nostra vita diuturna?

La idea della continuità dei valori solleva tutto il nostro mondo interiore: è pensiero religioso, in cui l'anima si acqueta. — E noi vediamo tale continuità venir meno, mancare nel mondo umano, se il fanciullo intristisce e decade. Quelle bionde teste ricciute, quei grandi occhi ridenti sono per noi l'avvenire. Sono essi graziosi messaggieri,

---

Siamo davvero lieti che il Prof. Del Greco, il quale fu uno dei più alacri e sapienti collaboratori del nostro " Manicomio ,, torni a noi dopo un malinteso che è servito ad intensificare la nostra sincera stima pel forte studioso e l'affetto per l'indimenticabile amico.

La Direzione

che (per seguire la imagine del latino poeta) si tramandano d'uno in altro la fiaccola immortale della vita e dello spirito.

2. Uomini di Stato, pensatori, giureconsulti, medici, pubblicisti, hanno discussa la urgente questione.

Poichè lo volete, anch' io mi proverò di trattarla, sommariamente, dal punto di vista di un semplice cultore di Psicologia e di Clinica. Invoco frattanto tutta la benevolenza vostra, se il mio dire mal si travaglia dietro il difficile tema.

Il tema è difficile, complesso, irto di oscurità. — Superficialmente considerato, non sembra. — É un fatto che la *delinquenza minorile aumenta* di anno in anno. É un fatto che *aumenta l' alcoolismo.* É un fatto pure, che l' un male *si trova vicinissimo* all'altro. Gli abusi alcoolici si osservano nella grande maggioranza dei criminali. Moltissimi fanciulli ed adolescenti, nell'atto di compiere reati, furono visti ebbri. Ed in generale sono quei minorenni (d'ordinario) volti ad abusi di tal genere.

Gruppi di fatti, coincidenze, elevati a rapporti di causalità da qualsiasi osservatore. In Italia ciò è stato detto e ripetuto: il Governo studia provvide leggi, che farebbero al caso. In Francia il Ministro Guardasigilli fin dal 1897 attribuiva l'aumento della criminalità alla diffusione dell'alcoolismo. (1) E così in altri paesi civili. — Ma il nostro scopo è più difficile, ripeto. — Noi dobbiamo andare oltre, dobbiamo tentare l'analisi di fatti così complessi: dobbiamo vederne il concatenamento sotterraneo, profondo. E ciò, per avvisare ai rimedii.

II.

Alcoolismo e Mentalità.

1. I fatti (ripeto) sono molto complessi. Primo: *l'alcoolismo.* Esaminiamolo. — Non è molto vi fu in questa operosissima Milano un Convegno antialcoolico — Nelprimo giorno si è tentato di porre salda-

(1) *L. Proal* — L' éducation et le suicide des enfants — Appendice, — Alcan éd. 1907.

mente il principio, l'articolo di fede, onde doveva con rigidezza dogmatica seguire il tutto.

L'articolo di fede era il seguente: L'alcool è un veleno. Bisogna quindi combatterlo in qualsiasi forma si presenti, snidarlo dovunque sia nascosto, metterlo in luce bollandolo inesorabilmente. — Non dico, che il Convegno abbia accolto il principio, così espresso. Dico, che tale principio volgeva a formularsi così fortemente nel pensiero di quegli egregi uomini (non di tutti), i quali componevano la riunione.

Risponderò. — Un tale principio ha il vizio originario di tutti i principii. Vero in astratto, è cagione di errori, quando lo si trasporti, *per intero, immutato,* fra le angustie e le complicazioni della realtà.

Se davvero fossero da respingere tutti gli alimenti e le bevande, in cui si annidano veleni, dovremmo andare molto innanzi. Dovremmo bandire dalle nostre mense i formaggi, i funghi, le carni e via. Essi contengono maggiori e potentissimi veleni.

Dico questo, perchè (in odio all'alcool) si vorrebbe sopprimere il vino. — Senza dubbio, col vino vi è pericolo di abusare. Ma la questione è proprio qui, nelle differenze fra l'uso e l'abuso.

I paesi, dov'è ricca la produzione vinicola, hanno minore alcoolismo. (1) In Francia si è visto avanzare il mostro dell'alcoolismo, colà, dove veniva meno la cultura delle viti, e come si sostituiva a questa la preparazione dei liquori (2).

S'intende bene, che l'ordinario vino degli osti, quello che poco ha da fare con le uve, debba iscriversi tra le bevande peggiori.

2. É fuori dubbio, che la enorme diffusione di simili bevande sia cagione potentissima di alcoolismo. Si trovano ormai dovunque sono entrate nell'uso giornaliero di ognuno. Però (badate bene), fra le bevande alcooliche e la malattia «alcoolismo», vi è di mezzo qualche cosa: vi sta *l'organismo umano.*

---

(1) Atti del XIII Congresso della Soc. Freu. Italiana. Venezia. 1907. — *E. Règis.* Précis de Psychiatrie, O Doin éd, 1909.

(2) *E. Règis.* Op. cit.

Le prime sono causa di morbo *attraverso* l' organismo. Non operano, come una causa semplice immediata, come l' urto che sposta un oggetto, un mobile (ad esempio). Operano in altro modo. Sono *stimoli*, per quanto « caratteristici stimoli ».

L' organismo nostro è individualità complicatissima, presa in una fitta rete di connessioni ambienti. Lo stimolo alcoolico *da solo* non basta per generare una malattia, (in altri termini) per generare una modificazione, grave, prolungata dell'organismo. — Quello stimolo riesce efficace, tristamente efficace, se va in una con altre e determinate condizioni: *condizioni inerenti all'organismo medesimo.*

3. Non tutti possono divenire alcoolisti — Il medico trova, che simili infermi giunsero al male, dietro cause debilitanti od infermità. Queste, via via, ne hanno fiaccata la salute. E ciò, con l'uso od abuso alcoolico. — Basta reintegrare le forze nervose di quei soggetti, basta migliorarne la nutrizione generale, imporre ad essi astinenza, *per guarirli.*

Di rado le cose vanno così diritte — Si osservano individui, che dalla nascita ebbero un sistema nervoso anormale, predisposto all' alcoolismo. Ed essi non sono minoranza, sono legione. Legione, quando si consideri la presente vita sociale: l' iperlavoro nervoso, l' urbanismo, le emigrazioni, ecc.

Un tal modo di vivere porta con sè disequilibrî, esaurimenti, certe « sperequazioni » di attività nervosa. E si continuano di padre in figliuolo.

In verità, non sempre, nè presso tutti gli uomini, *disequilibrio nervoso* suona *deficienza complessiva nervosa* — Presso alcuni il disequilibrio agevola lo esplicarsi di energie notevolissime. Energie, che occorrono per alcune fatiche concentrate, intense, rapide: occorrono per attingere mirabili risultati. Ma in questi ultimi (disequilibrati, ripeto, più che deficienti nervosi), in questi ultimi ancora, si notano, qua là, manchevolezze e disordini.

Traduciamo questo schema meccanico nel linguaggio descrittivo psicologico.

4. I soggetti in parola (deficienti o disequilibrati nervosi) si dicono « psicastenici » : sono infermi di *ossessioni* — Che cosa è l' ossessione?

Lo spirito umano fu detto simile ad un mare, attraversato da lunghe onde che vengono o vanno — Sorgono davanti all'occhio vigile ed attivo della coscienza, ricordi, desiderii, impulsi: sono accolti o respinti. Ed i respinti piegano, si perdono novellamente.

Talvolta qualche imagine, benchè respinta, non piega: resta colà fissa, immota. Indi una lotta interna penosissima fra il nostro volere e quell'una. — Sentiamo tutta la impotenza nostra davanti ad essa — Non la si riesce ad eliminare, nè a sussumerla, ad incastonarla nella totalità di altro sviluppo psichico maggiore.

Lo psicastenico è vittima di questi tormenti interiori. E l'alcoolista (formato o predisposto) soffre appunto di ossessioni: è un *particolare* infermo di ossessioni.

5. Mi spiego. Egli si sente attirato dall'alcool. La triste bevanda determina in lui un fascino da cui non sa liberarsi. Ov'egli si opponga al desiderio, questo si erge terribile davanti a lui: lo gitta in angoscie, fra ossessioni, ora ho detto.

L'ossessione dell'alcoolista è tutta speciale. — Gli ordinarii psicastenici *si consumano in una lotta interna, non vanno oltre.* L'alcoolista prova ossessioni urgenti, imperative. Mira all'atto, *si quieta col cedere alla tentazione* — Però (badate bene) nella sua mente si ripetono moltissimi di quei sintomi, che il medico-psicologo osserva nell'ordinario psicastenico. Vi è la fiacchezza, l'arresto della volontà auto-dominatrice. Vi è l'umor triste, la misantropia, ed altre cose. — Altre cose ancora, consecutive agli abusi dell'alcool.

6. È questa la mentalità dell'alcoolista predisposto, anormale fin dall'infanzia. Possiamo nomarlo uno *psicastenico impulsivo.*

Ho detto, che molti non sono così, diventano alcoolisti per la convergenza di fatiche e malattie esaurienti. Fattori tutti, che debilitano il sistema nervoso, lo predispongono alle ossessioni — Ove, *con queste,* si aggiungano *vivezza di desiderii, abitudini d'intemperanza ed occasioni,* si va diritti al morbo.

Gli ultimi soggetti hanno la stessa *mentalità psicastenico-impulsiva*; però male distinta, in iscorcio, assai meno ricca di specificazioni sintomatiche. E possono guarire.

Dovendo indagare l'alcoolismo nei minori di età, era opportuno

conoscere i *predisposti completi,* gli anormali dalla nascita — *Sono molto spesso figliuoli d'altri alcoolisti.*

Ragioniamo frattanto della ereditarietà alcoolica e delle sue conseguenze.

III

La ereditarietà alcoolica: minorenni criminali mostruosi' i minorenni diciffili. — Sviluppo psicologico nel fanciullo e nell'adolescente.

1. Alcune infezioni ed intossicazioni fiaccano profondamente la stirpe, cagionano sterilità od una prole deficientissima. Così la pellagra, il morbo ipotiroideo, sono fra le possibili cause *d' idiotismo* — Con questa parola intendiamo sommariamente individui, che presentano *arresto grave di sviluppo* nel corpo e nello spirito.

L'alcoolismo, da solo, non tocca in maniera cosi profonda l'organismo — I figliuoli di alcoolisti d'ordinario non sono idioti — Il veleno è meno distruttivo della razza: tuttavia *deforma* la prole — E vengono su uomini in certo grado *deficienti,* ovvero *dallo intelletto vivace,* però anormali. Sia gli uni, sia gli altri, sono fiacchi nel volere, irritabilissimi ed impulsivi: per cause lievi delirano e ad un tratto guariscono.

È importante notare questo carattere *d' impulsività* nei figliuoli di alcoolisti — Parecchi osservatori hanno descritto fanciulli con lineamenti [talvolta] gradevoli; eppure mostruosi nello spirito — Alcuni sono di una ferocia inaudita, hanno grande precocità d' istinti sessuali. Note psichiche che impressionano stranamente, viste nell'assieme ingenuo dell'anima infantile!

Formano la specie dei piccoli assassini, che attraggono ed uccidono qualche povera bimba, loro compagna di giuochi. Compiono il delitto in preda ad eccitamenti sessuali precoci. Eccitamenti, che non arrivano alla funzione erotica e danno sviluppo all' impulso omicida.

Questi mostri umani si osservano *nell' infanzia* [ne ho visto uno di otto anni]; ed ancora in *età pubere* — Tra gli ultimi vi sono adolescenti, che presto cadono in follia — Mentalità fragilissime, in cui

l' impulso omicida rivela prossima, od attiva, irreparabile demenza (1).

Nella eredità di costoro vi è, quasi sempre, alcoolismo. — Io non dico, che l'alcoolismo ereditario sia cagione specifica od unica di ciò. Vi saranno altre e riposte cagioni, che fanno sbocciare alla luce quelle istintività funeste. Certo, l'alcoolismo di rado è assente — È un *vigoroso fattore di deformazioni organiche nella vita intrauterina di quei soggetti.*

2. Fortunatamente costoro sono eccezioni. A noi importa lasciare da un canto questo nucleo di minorenni criminali gravissimi — Andiamo verso altri, dalla condotta irregolare, i quali giungono a delinquenza per vie diverse. Sono i così detti fanciulli ed adolescenti *difficili.* Fra gli ultimi non manca la ereditarietà alcoolica.

La Scuola lombrosiana è stata molto severa nel giudicare la infanzia dal punto di vista morale. Il fanciullo non ha, da natura, belli e formati i sentimenti morali. È un istintivo; ma ciò non vuol dire che sia un criminale.

Io non parlo dei mostruosi o dei cattivi, parlo della grande maggioranza — Presentano i difetti umani, con evidenza, senza veli. Sono gelosi, voraci, graffiano o percuotono: qualcuno è vendicativo. Nondimeno, fra essi, si notano pure dei timidi, degli affettuosi, quelli che sentono vivissima la simpatia.

Il fanciullo è dominato dall'ambiente psicologico esterno. Guarda fisso i grandi, la madre, il padre, l' istitutore, e si sforza (imitando) di sollevarsi ad essi — In questo sforzo d'*accomodazione*, direbbe il BALDWIN, è il segreto dello sviluppo mentale e morale di quel piccolo essere.

Intorno al dodicesimo anno il fanciullo è tutto formato: vive di tante impressioni, di fresche sensazioni, piene, voluminose, come un tempo di esse vivevano i primitivi, l' umanità omerica. Vive ancora dei suoi sforzi muscolari, di molte piccole e diuturne avventure. È un biricchino, un irregolare, ma é punto un criminale. — Si è libe-

(1) Vedi, fra gli altri, dell' istesso A: *Sui delinquenti pazzi* — Rivista sper. di Freniatria, 1900.

rato dalla imitazione, dallo sforzo di "accomodazione" dei primi anni fa da sè. La regola morale la vede lontana, la conosce poco.

3. A questo punto sorge la fase, che precorre l'età pubere — Vengono su tristezze e presentimenti. L'organismo incomincia a svilupparsi: è disarmonico nelle forme — Da una simile fase si va in piena adolescenza.

La personalità, compatta ed unita, del dodicesimo anno tende a mutare — Il giovinetto è fiacco, sognante, non guarda più allo esterno. I compagni di gioco li vede in altro modo — Cerca nell'intimo suo: qui sente sbocciare impulsi ed imagini — Tutte le esperienze raccolte nella fanciullezza, le letture di viaggi, di storie, più o meno strane e maravigliose, rinascono nella sua imaginazione. Egli n'è l'eroe, il protagonista.

E con le imagini vanno i sentimenti e l'amore, un desiderio intenso di abbandono — La donna gli appare circonfusa di un nimbo ideale. Non l'ama, l'adora.

Con agile moto scorre davanti al suo sguardo la teoria luminosa dei sogni e delle speranze. Fantasmi, che s'inseguono via via, diritti su nubi dorate, ora vivide, ora fosche, tra presentimenti e risonanze di spirito indefinite.

La personalità è nei fantasmi, li vive, vi s'immedesima: *cangia d'ora in ora; di sogno in sogno* — È molteplice, diversa, soggetta alle cognizioni, alle impressioni più varie ed agl'impulsi organici.

Nell'ultimo stadio dell'adolescenza vi è dissidio tra sogno e realtà. Il carattere, mentale e morale, si assoda in questi sforzi di adattamento alla vita sociale esterna.

IV

Anomalie di sviluppo psichico e criminalità nei minorenni — L'alcoolismo acquisito.

1. Imaginate ora un fanciullo, un adolescente anormale — Ho detto, che il perno, il fatto centrale nello sviluppo psichico del fanciullo era lo sforzo di "accomodazione" di sè all'adulto. Ho detto: Egli è attento, imita, si sforza di elevarsi all'adulto.

Allorchè quest'ultimo vien meno, quando la casa è diserta, il fanciullo erra per le strade, segue i peggiori modelli.

Si noti, che il fanciullo anormale è di frequente manchevole nello *sviluppo dell'attenzione* (1)! È manchevole nei trapassi dell'attenzione dalla forma spontaneo - istintiva alla percettiva, alla volontaria. L'occhio di molti fanciulli anormali vaga: sta inerte, ovvero è mobilissimo. Essi rivelano un'attenzione saltuaria, inane, senza continuità e persistenza.

In tal modo importanti cognizioni non si possono raggiungere. E non si possono raggiungere [imitandole e subendole] quelle abitudini di ordine esterno, di disciplina, prima base delle acquisizioni morali.

L'umanità non è nata laboriosa. Qualche sociologo osserva, che la secolare catena della schiavitù, costringendo gli uomini a lente, noiose, penosissime fatiche; li ha preparati a quei metodici lavori, che sostengono la vita civile (2). — Sia la schiavitù, sia una qualsivoglia imposizione gerarchica ha reso possibile in noi quel *dominio* sugl'impulsi e capricci, sul vagare di una in altra percezione. Ha reso possibile il concentrarsi (dominandosi) verso un obiettivo, fisso, stabile — Condizione di unità psichica, di sostenuta signoria di sè stessi, che va con il formarsi dell'*attenzione volontaria.*

Senza dubbio l'uomo è molto complesso — Con la soggezione ed imitazione passiva vi è in noi un principio di attività spontanea, di libera imitazione, di ribellione. Duplice aspetto dell'anima umana, che giova ben considerare.

La imposizione gerarchica, o, meglio, la *presenza di un altro essere, più elevato, superiore,* non vuol dire per noi soltanto soggezione. Vuol dire: *modello umano,* posto a noi davanti, riflesso dell'intimo nostro in forme più elevate. Fra noi e quell'essere maggiore vi è un ponte, vi sono congiungimenti interpsichici — Mirandolo intensamente, ci solleviamo ad esso, se in esso vi é qualche cosa che rispecchi l'intimo nostro. Vi scovriamo noi medesimi, raggiungiamo

(1) Vedi, fra gli altri: *I. Roubinovitch.* — Aliénés et Anormaux. — Alcan éd, 1910.

(2) Vedi, fra gli altri; *Lester E. Ward* – Sociologie pure — V. GIARD ecc. éd — Paris. 1906.

per tal modo "coscienza" di noi. E con l'autocoscienza si delineano volontà e ragione.

L'attenzione *volontaria* si erge così, via via, sull'attenzione, mobile, emotiva, originaria — Nel fanciullo vi è questo dissidio tra l'attenzione fugace primitiva e gl' inizii dell'altra. L'altra è favorita [ripeto] da obbedienza e disciplina; è in rapporto strettissimo con la cultura della mente e dell'animo.

2. Il fanciullo anormale è disattento, spesso non ha disciplina. Andiamo oltre, vediamo l' adolescente.

In lui (ora ho detto) sulla vita esteriore, delle percezioni esterne, delle inibizioni morali esterne, s'impone quella *interiore*, delle imagini, dei sogni. E questi sono per l'adolescente poemi vissuti, trasformazioni della sua personalità.

Nell'adolescente anormale una fase simigliante mette capo talvolta a stati di grave disordine psichico, che trasfigurano *per lui* la realtà sua personale e quella degli altri — In tutti gli uomini l'adolescenza è un periodo submorboso, va compagna a fiacchezza di volontà, a malinconie. Per l'anormale ancora e peggio.

Nel sano di mente, fra le multiformi oscillazioni della personalità, vi è una superiore energia unitiva, che solleva lo spirito sempre più in alto — Un ideale estetico, religioso, patriottico, un tipo umano eroico, sostenuto da calde amicizie, da letture, da comunanza di aspirazioni: un simile tipo umano è imagine, ideale, che lo spinge in alto ed unifica.

Mentre il fanciullo viveva della imitazione esterna, l'adolescente vive della *imitazione interna:* vive di questo tipo di eroe, *signore del suo pensiero* — Lo hanno porto a lui tutta la società e la cultura precedente. Lo preparano in lui le meditazioni, l'illuminarsi progressivo della sua coscienza. Calde amicizie lo sostengono — In quel tipo egli vive, *vi porta molto di sè* — Spontaneo si disnoda dall'animo suo profondo: lo rapisce, ebbro di amore e di speranza!

Trasformazione importantissima, solenne per la formazione del carattere morale. Dalla morale passiva, imposta, autoritaria, si passa alla morale, autonoma, interiore, veramente umana e civile!

Tutto ciò a fatica si svolge nel giovanetto anormale: difettosa, poco coerente è in lui codesta *attività formativa interiore.*

3. Come vedete, lo sviluppo psicologico e morale del fanciullo e dell'adolescente è connesso a sforzi d'inventività, di ascensione in alto, a sforzi di ragione e volere.

Ricordate voi quanto ho detto sopra, intorno alla mentalità che predispone e si aggrava con l'alcoolismo? — Mentalità fiacca, ed appunto nel volere, nell'autodominio: triste, depressa, mancipia di ossessioni e d'impulsi.

Tolto al fanciullo ed all'adolescente (per l'abuso alcoolico) questo nucleo di vigore interno, psichico; è tolto a lui ogni capacità di sviluppo morale — Quella è la età, in cui tale sviluppo si rende necessario. È la età in cui si forma, con i buoni sentimenti, la volontà buona.

Che cosa resta al fanciullo, all'adolescente, raso (per il veleno alcoolico) di tale potenza superiore? Resta una grande miseria di affetti, resta la vita impulsiva ed istintiva. L'ultima, stimolata, fatta ipertrofica, va dal vizio alla delinquenza.

Gl'impulsi sessuali, aggressivi, al furto, si allargano in quello stato semisognante dello spirito. L'adolescente in tal modo cade nei peggiori delitti.

Nell'adolescente normale le mille impulsività di quell'ora possono salire in alto, di sogno, in sogno, di fantasma in fantasma — Il male si trasforma in bene — La tendenza erotica si fa gentilezza e simpatia umana; l'impulso alla strage, alla lotta, si fonde nell'ideale di Patria, nella passione di avventure contro ostacoli e difficoltà grandi.

Sorge il milite, il marinaio, il pioniero, il lavoratore entusiasta — In quello anormale, vinto dall'abuso alcoolico, una simile trasformazione non è possibile. L'istintività piega al di fuori, si fa delinquenza.

È noto, come il fanciullo nasca con il sistema nervoso centrale non formato compiutamente. Sono organi e parti delicatissime, che si perfezionano via via. L'alcool le arresta, se non le distrugge.

V.

Cause e rimedii — La questione pedagogico-morale.

1. Dire abuso alcoolico in fanciullo o giovinetto è dire molto più che un simile abuso — S'imagini la famiglia, in cui una tal cosa è

possibile! — Quanti cercano di combattere il male, debbono vedere il minorenne nella sua *totalità di ambiente*, organico e sociale.

La lotta contro l'alcoolismo degli adulti è lotta contro l'alcoolismo dei minori. Se berranno meno i padri, *meno vi sarà* per i figliuoli *occasione* d'imitare, di procurarsi la triste bevanda.

Abbiamo visto, che il morbo alcoolico infierisce, se con l'alcool vi sono altri fattori esaurienti, altri filoni degenerativi della razza.

Tutti li aggrava poi la *miseria* — Famiglie strette in ambienti senz'aria e senza luce, con pessimo cibo. Piante, cresciute all'ombra, facile preda di ogni male. E con la miseria la vita randagia di luogo in luogo, di paese in paese. Ed in tal modo, altre infezioni ed intossicazioni.

Abbiamo visto, come l'iperlavoro nervoso della presente civiltà, con i suoi sforzi ed esaurimenti, determini uno stato di psicastenia. Stato che predispone al desierio vivo di «eccitanti» — Naturalmente una simile causa non si può eliminare. Con la cultura e la igiene si combattono molte infezioni ed intossicazioni: poco si guadagna contro quelle che derivano dal soverchio lavoro, dalla tensione di spirito.

Vi sono inoltre le «occasioni», gli esempii — Tutti i provvedimenti legislativi, che colpiscono gli spacci e le frodi alimentari, mirano a ciò.

Infine l'insegnamento antialcoolico nelle scuole illumina, le menti di grandi e piccini. Desta negli ultimi un salutare terrore per quegli abusi.

2. Combattendo l'alcoolismo negli adulti, si va contro la *degenerazione ereditaria alcoolica*. E sopra ho detto, che essa deforma profondamente la prole.

Di mostri umani, pronti al delitto, ve ne saranno sempre — Sono ipertrofie morbose istintive in organismi, *congenitamente* tocchi e deviati per questa o quella infermità. E le infermità, al mondo, sono innumerevoli.

Dobbiammo preoccuparci meno dei mostri, perchè eccezioni. Assai più (ripeto) dobbiamo preoccuparci della *estesa e minuta* criminalità, in cui entri tra i fattori l'alcoolismo. Entri, sia l'alcoolismo ereditario, sia quello acquisito.

Allora sorge la questione. Perchè in questi ultimi anni la delinquenza minorile è cresciuta tanto?

La risposta è presto data. Perchè la famiglia, nelle umili classi cittadine (e talvolta ancora più in alto), la famiglia non risponde alla sua funzione di garanzia e di educazione morale del fanciullo.

3. I filantropi si volgono ognora alla ricerca di queste piccole anime disperse, abbandonate per le vie o nei luoghi più immondi.

Come stringe il cuore vedere in qualche grande città dei piccini pallidi, macilenti, con i vestiti a brandelli! Vedere quegli occhioni, aperti e fissi, sui signori che passano, su chi siede a tavola nelle illuminate trattorie. E vengono fuori odori di vivande al piccolo affamato! — Sono quei bimbi costretti a lucrarsi il soldino, barattando fiammiferi od altro: dormono sotto i portici, sui marmorei, gelidi gradini d'una chiesa!

Quei bimbi sono di chi li prende. La delinquenza professionale abbisogna dei minorenni, di questa squadra leggiera e così a buon mercato. Ne abbisogna per mandare a termine i suoi colpi magistrali!

Si noti, che, come andiamo dal fanciullo all'adolescente, la delinquenza rendesi più urgente e grave.

Marro ha dimostrato e benissimo, che con gl'impulsi erotici si uniscono quelli alla strage (1). Il massimo di potenzialità erotica è dai venti al ventiseesimo anno di età. — Si osserva con il massimo di tendenza omicida. — I più terribili assassini sono giovani. — Non ricordo le fanciulle abbandonate ed i pericoli infiniti che le assediano!

I filantropi sono (ora ho detto) volti ad accogliere tanti dispersi in istituzioni, dove si lavora e si educa.

4. In quanto a criterii pratici di educazione, (a me pare) che siamo corsi da un estremo all'altro. I nostri antenati erano autoritarî: il bambino, ancora più l'adolescente, si doveva trattar con durezza. L'unica legge per questi era l'obbedienza. Così nelle pareti domestiche.

(1) *A. Marro*. **Évolution psychologique humaine à l'époque pubère. Nel Traité Inter de Psych. path. Alcan éd — Tom. 1.**

Peggio nelle scuole od altrove. Il povero fanciullo era uno schiavo dell'umore atrabiliare di qualche istitutore, ignorante e crudele, pronto a brandire la sferza per un nonnulla.

E non solo in Italia. Basta leggere (ad esempio) le memorie autobiografiche di E. STANLEY per vedere come si educavano i bimbi, in Inghilterra, verso la metà del secolo scorso. Lo STANLEY era un povero fanciullo derelitto. Le sue sofferenze nell'asilo di S. Asaph sono incredibili a narrare (1) — È noto, come le brutte e crudeli punizioni corporali sieno tuttora in uso presso gl'istituti educativi e nelle carceri inglesi.

Ora io credo, che si vada da noi, al presente, nell'eccesso opposto.

VI

Continua la questione pedagogico - morale.

1. La Psicologia dimostra, che lo sviluppo del Carattere in genere, di quello morale in ispecie, non sta da sè: è in dipendenza con la vita collettiva — Senza dubbio è sviluppo psicologico. Chi dice sviluppo psichico dice *spontaneità* dominatrice, aumento progressivo di coscienza — Ciò è vero. Quindi l'educatore deve pensare, che ha davanti a sè uno spirito in formazione, una piccola anima con i suoi diritti umani, con le sue simpatie, repulsioni e dolori. Egli deve, con intelletto d'amore, porsi all'unisono con essa, suscitandone le migliori energie.

Non v' ha dubbio su ciò — Ma si noti, che *l'attività morale è una vittoria diuturna sui nostri appetiti.*

Nel fanciullo si adombra con l'attenzione e con l'obbedienza: va con un misto di paura e di imitazione, di simpatia e timore dell'adulto Poscia il fanciullo vede sè stesso e l'adulto, sotto una norma superiore, sotto un Potere, vivente, ancora più in alto. Il giovanetto intuisce questo Potere in forma di *personalità superiore, tipica, ideale.*

Ho ricordato, che la schiavitù, questo triste fenomeno di società lontane, ha avuto nondimeno la sua utile funzione. Ha piegato l'er-

(1) *E. Stanley* — Come divenni esploratore — U. Hoepli, ed. Milano Parte I e II.

rante cacciatore, il nomade guidatore di greggi alla vita stabile, laboriosa, metodica.

Le Mitologie, le primitive Religioni, sviluppando una concezione antropomorfica della realtà, educarono in noi il sentimento di ammirazione, di adorazione — Sentimento, che, nella imaginosa età dell'adolescenza, ci dispone alla fede negli eroi, in esseri sovrumani. Fa sorgere in noi la speranza di poterli imitare, di poter compiere gesta meravigliose.

Nella storia evolutiva dello spirito abbiamo quindi due aspetti: 1) l'aspetto dell'obbedienza — 2) l'altro dell'ammirazione ed attività feconda.

Quando la Morale ed il Diritto erano una cosa sola con le consuetudini; i primitivi precetti, quelli imposti dai decaloghi delle varie Religioni, si riassumevano in *precetti inibitivi a prevalenza* — "Tu non farai" — Il Diritto, che mira a quanto vi è di più necessario ed essenziale per la convivenza, conserva [in parte] questo carattere proibitivo — Surse la Morale, sursero con le grandi Religioni umanitarie le Arti e le Scienze, gl' Ideali attivi sempre più vasti di città, di regione, di mondo umano. Ed allora, sulla norma proibitiva s' impose quella incitatrice all' opera.

2. Il mio discorso tende ad una illazione semplicissima. L'uomo deve educarsi, seguendo la sua natura. La sua natura si è plasmata via via nel corso dei secoli — È inutile andare in traccia di sistemi educativi, radicalmente diversi da quelli che *fecero* l'uomo.

Intendiamoci e ripeto — La moralità è liberazione interiore. Il suo culmine, per ogni uomo, sta nel riconoscere la ragionevolezza della norma imposta dall' ideale. Sta nel *far propria* questa norma, collaborando con tutte le forze all' ideale, contro i lati inferiori della nostra natura. Il suo culmine ed obietto sta nel *dividersi* per *ricomporsi* più elevatamente — In questo senso la moralità è libertà — Una educazione compressiva, opprimente, non riesce a tale scopo, a formare *libere coscienze.*

Ma, d'altra parte, una educazione, che vuol saltare le *necessarie fasi* di questo tormentoso, drammatico sviluppo interiore, che vuol ritenere per formato quello che deve formarsi; è *veramente assurda.*

— Tale sarebbe una educazione, che badasse troppo all' individuo, (peggio) cedesse all' arbitrio individuale, dimenticando l' altro e necessario termine: la norma, l'autorità esterna e superiore.

S' incomincia al mondo con l'*obbedire*, (dico) con la soggezione, con la dipendenza e la imitazione. Il fanciullo è attaccato, dipende dalla madre, non può lasciarla. E via via... — La obbedienza è parola che suona ingrata a noi tutti, giovani e maturi. Qui è il male, male gravissimo.

La criminalità, dal punto di vista interiore, si combatte, vincendo i propri istinti, *superandosi*. E l' uomo non si può superare, senza (ripeto) un' Autorità, obiettivo-esterna od ideale — Questa Autorità, per quanto concepita astrattamente, come legge di natura o dello spirito; per quanto fatta *legge, modo di essere della propria coscienza*, è sempre Autorità. Raggiunge la sua massima efficacia, se pensata in forme intuitive, viventi.

Dapprima ha una funzione di arresto, inibitiva sugl' impulsi — " Tu non farai " — Comprime gl' istinti animali, suscita la ragione. E nella ragione e nella fantasia rinasce la energia dell' istinto sott'altra forma, trasfigurata — " Tu non farai " — Sorge dappresso: " Tu devi operare, avendo il cuore sempre più in alto ".

3. Fino a ieri [ed al presente tra popoli innumerevoli] questa trasformazione l' hanno porta agli uomini gl' ideali religiosi e patriottici. Ora quegl' ideali bisogna estenderli, farli più puri e vasti, al veicolo luminoso dell' Arte, sotto l' impulso della libera Ricerca, della vita umana mondiale. — Rinnegarli sarebbe distruggersi, *mettersi fuori della propria natura e della propria storia.*

Le grandi industrie, le grandi imprese, là, nell'Africa immensa, od in paesi, od in mari remoti, possono con le imagine di patria, di missione di civiltà; possono attirare mille giovani cuori — L' adolescente, il giovane deve vivere una vita ardente, eccessiva, che sembra strana a noi uomini maturi. Essi debbono volgere la foga delle energie organiche sempre più in alto; debbono essere presi nella disciplina superiore di alcunchè di collettivo ed ideale.

Una tal cosa va detta ancora e maggiormente per gli anormali. A molti di costoro riesce difficile comprimere le impulsività basse. Le sentono gagliarde, dominatrici — Ragione di più per volgerli dietro

nobili visioni, che affascinano le menti, hanno l'ombra del mistero. E trasformano chi è prossimo a cadere, in eroe.

VII

Conclusione

1 — Ho troppo insistito su queste considerazioni pedagogiche. Ma intorno ad esse si addensano illusioni e malintesi — Pensandole, avvisiamo qualche profonda radice del male: la *dissoluzione e trasformazione dei costumi*, certa inevitabile anarchia morale, che sarà bene transitoria.

La criminalità minorile riflette queste *nostre lacune*, in rapporto non di rado a mutamenti del vivere sociale — Le nostre incertezze, le nostre colpe *s' ingrandiscono nei loro effetti*, su quei teneri germogli anelanti alla vita. I minorenni raccolgono e centuplicano il bene ed il male nostro, *ne portano traccie indelebili, le serbano per l' avvenire.*

Nell'adulto l' immoralità *può non raggiungere* la delinquenza Le due sfere di sentimento e di azione possono rimanere in qualche modo distinte — Nell'adolescente questa divisione non è formata; tutto è confuso, mal definito: immoralità e delinquenza sono una cosa sola. Quindi i pericoli nel minorenne delle influenze psicologiche esterne, suscitatrici di alterazioni morali.

Con le cause psico - sociologiche vanno quelle organiche — Abbiamo visto, che l' alcoolismo non è soltanto causa di degenerazione, come il tifo o la pellagra. Non è soltanto un cieco morbo, che avanza e distrugge per la ignoranza e per le manchevolezze dei nostri ordinamenti civili. L' alcoolismo, con questa caratteristica, ha un' altra caratteristica. È vizio ed infermità mentale ancora; va per entro a tutte le nostre deficienze psichiche. Le mette a nudo sinistramente.

L' abuso alcoolico è tra i notevolissimi fattori della criminalità minorile, perchè *causa e portato* di degenerazione ereditaria, perchè fiacca gli spiriti adolescenti nel periodo massimo del loro sviluppo. È presente in qualsiasi irregolare convegno, è insegna di disordini nelle famiglie.

2. Molteplicità di *aspetti* congiunte a molteplicità di *cause*. Cui è giocoforza opporre molteplicità di *rimedii*.

Il male è là, concreto, vivente, come rupe immota. Su esso dobbiamo rivolgere, tutti ad un tempo, sforzi coordinati. I mali sociali sono di tal natura: sono complessi — La legislazione può riuscire efficace, se davvero è espressione di necessità e convincimenti, diffusi per il maggior numero di uomini e di donne. Se davvero molti vedono in quella legge una norma, una guida, una *sanzione definitiva* ai loro sforzi isolati.

È necessario quindi *formare questi convincimenti e rimuovere le brute forze contrarie*.

L'uomo muta per via della ragione; per via di tante energie morali, modificatrici del sentimento. Muta per una varietà di condizioni fisiche, che influiscono sull'organismo e sugl'istituti sociali — Checchè se ne dica, il nostro spirito è una pesante macchina, non agevole a spostare — Realtà che dobbiamo tener presente al caso. *Una via sola non basta* — Frattanto è buono inizio preparare, con la propaganda e con la cultura, il maggior numero di volenterosi. Sieno di professioni e di attitudini le più diverse, rivolti all'unità di un obiettivo nobilissimo.

BIBLIOGRAFIE

Binet et Simon — Definition de l' idiotie et de l' imbécillité — *Comunic. alla Soc. med.-psic. di Parigi del 28, 2, 1910 — Ann, med. psych. s. q. t. 11, pag. 452, 1900.*

La classificazione di Sollier, che distingue l' idiota dall' imbecille dal grado dell' attenzione, non è sufficiente: quella di Bourneville che pure è la più completa dal lato anatomo patologica lo stesso difetto. Régis distingue: imbecilli, idioti di 2° grado e idioti di 1° grado. Queste ultime distinzioni non sono affatto precisate.

La definizione proposta dagli autori è adattata specialmente a frenastenici adulti: perchè, trattandosi di bambini, non sempre la diagnosi di idiozia o imbecillità è esatta e i bambini così classificati possono subire un ulteriore sviluppo mentale che smentisca la diagnosi fatta Per ciò gli autori dichiarano che a questi ultimi si possono applilicare con maggior vantaggio i testi mentali da loro già proposti a tale scopo. Binet et Simon: Le développement de l' intelligense chez les enfents — Année psychologique. t. XIV p. 1. Masson Paris 1908.

Gli Aa. preferiscono di riservare ai bambini il termine di «ritardo» mentale (arrieration mentale) (che non compromette l' avvenire) indicando per ogni bambino sottoposto all' esame, di quanti anni esso è in ritardo sullo sviluppo normale. Essi dicono ad esempio, per un ragazzo di 10 anni che non sa far altro che mostrare le parti del suo viso e dare il suo cognome: «questo ragazzo è affetto da ritardo mentale con un livello intellettuale di tre anni.»

Gli elementi su cui si basa la definizione sopracitata per gli adulti sono tre:

1. Il linguaggio parlato e scritto.
2. Il livello intellettuale misurato con dei testi.
3 Il livello ospedaliero calcolato sulle qualità di lavoro di cui il soggetto è capace.

Le prove ora nominate si devono eseguire nel senso indicato, cominciando cioè dal linguaggio, passando poi al livello intellettuale, infine al livello ospedaliero. (Gli Aa. volta per volta le descrivono). Gli Aa. concludono: *a)* in base alla prova del linguaggio:

I.° È idiota ogni soggetto che non arriva a comunicare per mezzo della parola con i suoi simili; vale a dire che non può nè esprimere verbalmente il suo pensiero nè comprendere il pensiero espresso verbalmente da altri quando questa pseudo afasia, non rappresentata nè da un disturbo dell'audizione o degli organi fonatori né da un difetto eccezionale di educazione, è dovuta interamente a una deficenza intellettnale.

II.° È imbecille ogni soggetto non idiota che non arriva a comunicare per iscritto con i suoi simili, cioè che non può esprimere il suo pensiero con la scrittura, nè comprendere ciò che legge, quando nessun disturbo della visione, nessuna paralisi motrice del braccio o nessun difetto eccezionale d'istruzione spiegano la non acquisizione di questa forma di linguaggio; difetto di acquisizione chè è dovuta a una deficienza intellettuale.

b) in base al livello intellettuale (misurato coi testi v. sopra).

I.° È idiota ogni soggetto che non sorpassa il livello intellettuale di un bambino di 2 anni.

II.° È imbecille ogni soggetto il cui livello intellettuale sta fra quello di un bambino di 2 a. compiti e di un bambino di 7.

III.° È debole di mente (dèbile) ogni soggetto il cui livello mentale è superiore a quello dei 7 anni.

c) in base al livello ospidaliero:

I.° È idiota ogni soggetto la cui attività più elevata si limita alla prensione, ma che resta incapace di vestirsi e svestirsi ecc.

II.° Ê imbecille ogni soggetto capace di un'attività superiore alla prensione, ma incapace, se è donna, di pettinarsi o accomodarsi i vestiti; se uomo ad essere utilizzato a manovre più complicate, di portare un carico o girare una ruota.

La scala di classificazione di questo « livello ospedaliero » criterio adottato ora per la prima volta dagli Aa. è la seguente:

Idiota avente un livello da 0 - 2 anni: seguire un oggetto con gli occhi — prendere un oggetto presentatogli — obbedire ad un gesto semplice.

Imbecille a livello da 2 anni compiti a 4 a: dirigersi nella casa trovare il suo posto a tavola, mangiare solo, soffiarsi il naso, svestirsi, lavarsi le mani. Essere pulito, vestirsi, mettersi calzette e scarpe, agganciare il busto abbottonare il vestito. Condurre una carriola, portare un carico.

Imbecille a livello da 4 a. compiti a 7 a: scopare, fare un letto, lucidare le calzature.

Deboli di spirito (dèbiles) a livello superiore a 7. a: fare un orletto, acconciarsi, rammentare i vestiti, mettere una pezza, pettinarsi, lavare, stirare, fare un pò di cucina (minestra di cipolle, uova al piatto). Lavorare al giardino, vangare.

Naturalmente ci sono molte altre azioni, qui non descritte, che si equivalgono.

Gli Aa. finiscono la loro comunicazione prevenendo e rispondendo ad alcune obbiezioni mosse loro a proposito dei loro testi mentali e che potrebbero essere loro mosse a queste ultime loro definizioni.

Discussione sul tema: (30. V.° 1910).

Sollier muove agli Aa. il rimprovero capitale che la loro classificazione non è adatta ai frenastenici giovani che sono i più importanti a studiare dal lato psicologico e sociale e mantiene la sua distinzione: idiota é l'essere privo di attenzione: imbecille quello che ne ha, sia pur poca.

Blin ritiene che la soluzione del problema diagnostico possa trovare un vantaggio col mezzo dei questionari da lui proposti e che mettono in grado di giudicare quale sarà il trattamento più congruo per il malato esaminato. Se questo è suscettibile, grazie a speciali metodi detti medico-pedagogici di acquistare una certa istruzione (bildungsfähig dei tedeschi) si dirà un *dèbile:* se è capace solo di lavori manuali semplici (beschäftigungfähig) si dirà un *imbecille:* se è assolutamente incapace di essere impiegato in un'occupazione qualsiasi intellettuale o manuale (Pflegling dei tedeschi) si dirà idiota.

Sollier poi sostiene che l'idiota è un deficiente intellettuale in seguito a lesioni cerebrali, mentre l'imbecille ha un cervello, funzionalmente e costituzionalmente, insufficientemente sviluppato. L'intelligenza

essendo un complesso di funzioni, l'idiota è alla mercè delle lesioni cerebrali che egli porta: egli può essere generalmente incapace di giudizi generali, idee astratte, immaginazioni ecc: e tuttavia essere capace di apprendere taluni piccoli mestieri. Non è quindi la misura dell'intelligenza che permette di sapere ciò che un'idiota può dare come lavoro, ma è la sua capacità di attenzione. A parità di intelligenza misurata coi metodi di Binet et Simon resterà più idiota quell'idiota che sarà più sprovvisto di attenzione, perchè di conseguenza, meno capace ad utilizzare la sua intelligenza.

A questi Aa. risponde infine il BINET sostenendo brillantemente le proprie idee e confutando le obiezioni mossegli.

I testi tipo costruiti dagli Aa. e riferiti alla *société clinique de mèdicine mentale* nella seduta del 20 dic. 1909 rappresentano l'esponente del grado mentale normale di un bambino di una data età. È evidente quindi che se, ad es., un bambino di 10 a. non risponde che a domande congrue ad uno di 5, avrà una mentalità relativa a questa età e sarà per ciò un ritardatario. Questi « testi » sarebbero dunque una « misura » dell'intelligenza.

Levi Bianchini

Arsimoles et Halberstadt — LA PARALYSIE GÉNÉRALE JUVENILE — *Annales medico-psycologiques s. 9 t. 11. p. 381. 1910.*

MINGAZZINI e MOUSSONS vorrebbero distinguere una forma giovanile propriamente detta e una forma infantile: l'A. preferisce un solo termine: paralisi generale giovanile comprendendo in questa convenzionalmente, ma praticamente i casi insorti prima del 20° anno di età, o tutto al più all'età di 20 anni. Se pure, secondo ALZHEIMER la p. p. giovanile colpisce generalmente individui normalmente sviluppati si sono osservati dei casi (TOULOUSE et MARCHAND) in cui essa è insorta in frenastenici, imbecilli e idioti. L'etiologia si riduce essenzialmente a due fattori: eredità neuro - vesanica e sifilide. La sintomatologia è generalmente quella degli adulti: solo si può osservare una maggiore durata della malattia (3 - 5 a.): minore frequenza

dei sintomi esuberanti e grandiosi: insorgenza frequente con disturbi di motilità degli arti inferiori che spesso può essere importante per la diagnosi, o con ictus congestivi. Sono così pure più frequenti che nell'adulto gli ictus e le conseguenti contratture e paresi. Sarebbe particolare ai giovani paralitici l'andatura marinaio (CHARCOT) cioè a gambe larghe. Si trovano spesso unite alla paralisi progressiva giovanile l'epilessia e l' idiozia: ma più importante associazione morbosa è quella delle lesioni midollari che sono molto più frequenti e caratterizzate che non negli adulti (polimielite anteriore, sclerosi laterale ecc.). Sono, ma rari i casi di tabe-paralisi giovanile. La diagnosi non è sempre facile e la diagnosi differenziale più importante si deve fare con l'eredo-sifilide nella quale gli Aa. fanno rientrare alcuni casi di Aa. diagnosticati p. p. giovanile.

Bisogna ancora differenziarle dalla sclerosi a placche malattia di FRIEDREICH, demenza epilettica: in ciò sarà di grande utilità la puntura lombare e la W. R. che danno gli stessi risultati che nell'adulto: e lo studio della W. R. nella madre e nei fratelli. Però questa prova non vale come si capisce, per la differenziazione con la eredo-sifilide.

Il trattamento mercuriale è pericoloso e va proscritto.

Le lesioni anatomo patologiche della p. p. giovanile sono in generale le stesse che negli adulti: tuttavia si osservano alcune particolarità più proprie alla prima. Come le lesioni meningee è relativamente la pachimeningite emorragica in 12 casi HIRSCHL nella clinica di KRAFFT-EBING le meningi molli erano straordinariamente ispessite (3-4 mm.): il liquido cefalo-rachidiano è di regola abbondantissimo. Il peso del cervello è notevolmente diminuito e, proporzionatamente assai più che quello del cervello paralitico adulto (TOULOUSE) per il fatto che all'atrofia determinata dalla malattia si aggiungerebbe quella dovuta all'arresto di sviluppo del soggetto spesso imbecille o deficiente. Si trovano ancora dilatazione dei ventricoli, granulazioni ependimali, erosioni superficiali della corteccia.

L'atrofia delle circonvoluzioni con conseguente allargamento dei solchi è spesso, come nel caso degli Aa. imponente, sopratutto nei lobi frontali: in certi casi si nota una particolare durezza. In un caso di ALZHEIMER esisteva un rammollimento del lobo temporale. I grossi vasi della base sono generalmente intatti; in alcuni casi però presentavano una netta endoarterite sifilitica. Le lesioni corticali e

cellulari sono simili all'adulto: gli strati sono generalmente più alterati dalla superficie verso il fondo e spesso confusi insieme senza netta separazione. FLESCHL osservò in un caso eterotopie cellulari, e, fra le grandi piramidali, delle cellule atipiche a due o più nuclei. Il processo di atrofia delle fibre, specie tangenziali assume nella p. p. giovanile un'estensione considerevole e MINGAZZINI insiste su questo fatto: che nell'adulto non si osserva mai un'atrofia così estesa in profondità. M. lo spiega ammettendo, nel suo caso 1.° la lunga durata della malattia 2.° che all'età d'insorgenza della malattia stessa lo sviluppo delle fibre tangenziali non era ancora terminato.

Il reperto delle Plasmazellen ha lo stesso valore nella p. p. giovanile che in quella degli adulti. Abbondanti sempre sono state segnalate mancanti in un solo caso citato da JOFFROY et LÉRI. Anche l'infiltrazione linfocitica è assai abbondante e ciò farebbe pensare ad un predominio di fenomeni di encefalite nella p. p. giovanile.

Le lesioni vascolari sembrano meno intense invece: in alcuni casi sono nettamente sifilitiche: in altri si ha vascolarizzazione esagerata della corteccia, congestione, rammollimenti, sviluppo rudimentale ecc.

Importanti lesioni cerebellari son state descritte nella p. p. giovanile ed a queste sono stati attribuiti alcuni sintomi motori. Esse sono in genere simili alle lesioni corticali. TOULOUSE et MARCHAND osservarono sclerosi nevroglica. Importanti sono le alterazioni degenerative che, secondo RANKE sarebbero pure frequenti cioè alterazioni di sviluppo, eterotopie cellulari (date sopratutto da cellule ganglionari esistenti immediatamente al di sotto della pia madre e da cellule di PURKINJE atipiche a due o più nuclei) TRAPET ritiene tali eterotopie dovute, insieme alle altre anomalie, alla sifilide ereditaria: ma RANKE in 15 casi di sifilide ereditaria le trovò una sola volta.

Anche le lesioni midollari, sarebbero, secondo JOFFROY, preponderanti. Le lesioni di meningo mielite non differirebbero affatto da quelle degli adulti ma, secondo osservazioni di molti autori, il segmento più offeso sarebbe il lombare. Nel caso di LALANNE il midollo era diminuito di volume ed esistevano nel midollo lombare delle lesioni vascolari assai avanzate e che avevano determinato un piccolo focolaio malacico. L'A. fa dipendere questo reperto dall'eredo - sifilide.

In alcuni casi si sono osservati ancora gravi lesioni dei nervi cranici, atrofia bilaterale del 1.° e 2.° paio; dei nervi ottici: e piccoli

focolai di rammollimento per arterite sifilitica nel nucleo dell'oculomotore comune.

Sono state infine descritte lesioni viscerali (gomme, aortite sifilitica) sclerosi e lesioni juxtaposte, bronchite e pneumoniti come nell'adulto) nel caso dell'A. si osservano pure lesioni corticali forse eredo-sifilitiche.

Dai sintomi descritti gli Aa. ritengono doversi dare un posto a parte alla paralisi progressiva giovanile, pur essendo questa, come quella degli adulti, una meningo encefalite diffusa.

Levi Bianchini

COSTANTINI — SUL RISO E PIANTO SPASTICO — *Rivista di patologia nervosa e mentale p. 265 1910.* —

Il riso e pianto spastico è un disturbo che o solo in forma di riso, o solo in forma di pianto, o combinato non è raro osservare (al di fuori della volontà e spesso in contrasto col tono sentimentale del paziente) in alcune sindromi neuropatologiche: paralisi bulbare, emiplegia organica di origine cerebrale, sclerosi a piastre, sclerosi laterale amiotrofica. Tale manifestazione è estranea all'indebolimento mentale, non è quindi un sintomo psichico, ma neuropatico. Dalla prima ipotesi di Nothnagel, che si abbia in tali casi lesione del talamo, seguirono altre che più o meno le ampliarono specialmente di Bechterew, Brissaud e Mingazzini.

Il Mingazzini ammette che al centro mimico talamico arrivino vie a funzione affatto opposta, vie senso-talamiche o psico-talamiche. Le prime sono destinate a trasmettere al centro coordinatore del talamo gli stimoli periferici o centrali, atti a promuovere la mimica del riso o del pianto; le seconde sono deputate a trasmettere al centro medesimo gli influssi inibitori della corteccia. Un terzo sistema di vie poi (talamo bulbari) unirebbe il centro talamico al nucleo bulbare del faciale. Mingazzini ammette in fine con Brissaud anche un'influenza inibitoria corticale trasmessa al nucleo bulbare del facciale per mezzo delle vie volontarie riunenti il nucleo medesimo col centro corticale del facciale (vie cortico-bulbari).

Nel bambino, il centro mimico del talamo si trova solo sottoposto agli stimoli periferici o alle immagini sensoriali, che ne determinano per mezzo di neuroni sensitivo - talamici reazioni corrispondenti e coordinate, poichè la via volontaria cortico - bulbare non ha in questa età imparato ancora a dominare i nuclei del facciale che si trovano alla mercè degli stimoli esteriori. Mano mano però si vanno facendo più stretti i rapporti fra corteccia e talamo e che le imagini astratte acquistano il sopravvento i movimenti mimici perdono il loro carattere riflesso ed acquistano quello di movimenti determinati da rappresentazioni spirituali che trovano modo di svolgersi mediante i neuroni psico - talamici. Nello stesso tempo lo sviluppo delle vie corticali - bulbari renderà vieppiù disciplinabili i nuclei bulbari del facciale, che andranno perciò perdendo sempre più la loro primitiva indipendenza. Il riso e pianto spastico dipende, secondo Mingazzini o da un indebolimento delle vie mimiche psico - talamiche, ovvero da un indebolimento del centro corticale del faciale e delle vie volontarie (cortico bulbari) procedenti dal medesimo. Solo eccezionalmente il riso e il pianto può dipendere da lesioni le quali al tempo stesso paralizzino le vie cortico - bulbari e irritino il centro mimico del talamo.

Sarebbe dunque dimostrato che il centro coordinatore dei movimenti mimici risiede nel talamo: le vie inibitrici psico - talamiche passerebbero, secondo M. attraverso il corpo striato e probabilmente solo attraverso il putamen.

Kirchkoff localizza il centro mimico del nucleo mediale del talamo ed ammette che le cifre mimiche arrivino dal piede di tutti i giri frontali, dal callicolo caudato e dall'insula: si riuniscano nel peduncolo anteriore del talamo e quindi, attraversando le lamine midollari ed il nucleo laterale del talamo, giungano al nucleo mediale di esso. Ma Kirchkoff aggiunge che anche nei nuclei caudato e lenticolare deve ricercarsi l'organo centrale per i movimenti mimici e il Franceschi ripone anche, nel caso suo, la ragione anatomica di riso e pianto spastico nella lesione bilaterale del nucleo lenticolare. Basandosi però sul fatto che nel suo caso le crisi di pianto erano frequentissime mentre quelle di riso assai rare, egli crede che il tono sentimentale dell'individuo debba costituire il substrato predisponente dell'una o dell'altra manifestazione mimica in modo che se lo stimo-

lo trova il centro mimico già sottoposto all'influsso di uno stato affettivo depresso determina la crisi spastica di pianto, se invece le condizioni sentimentali sono quelli del benessere, lo stimolo provoca una crisi di riso.

L'A. conferma l'importanza, nella produzione del riso e del pianto spastico delle lesioni distruttive del n. lenticolare e di quelle irritative del talamo, specie quando sono concomitanti.

In tre casi di lesioni talamiche da lui studiati il talamo ottico era sempre colpito: nei due primi bilateralmente, nel terzo solo a sinistra: in nessuno dei tre era però colpito il nucleo mediale. Questo fatto, essendo mancato in vita ogni disturbo della mimica: paralisi mimica, o riso e pianto spastico confermerebbe l'affermazione di Kirchkoff: così pure un altro caso dell'A. di pianto spastico portava distruzione del nucleo caudato, la metà latero - dorsale della capsula interna, tutto il putamen compresa una piccola parte del globus pallidis. Dallo studio dei casi della letteratura, l'A. conchiude che nelle forme combinate di riso e pianto spastico le lesioni dell'encefalo sono in generale più numerose che nelle forme pure: le lesioni del nucleo lenticolare sono il più delle volte bilaterali: le lesioni unilaterali di questo nucleo sono, con costanza maggiore che nelle seconde, associate a lesioni delle vie inibitrici cortico - bulbari: infine nei casi in cui mancano completamente le lesioni del lenticolare sogliono esistere lesioni pontine. Ciò vuol dire che l'indebolimento delle vie mimiche inibitrici è maggiore nelle forme combinate che nelle pure.

Levi Bianchini

Cacciapuoti — Nuovi segni di paralisi organica dell'arto inferiore (*Annali di Nevrologia p. 1. 1910*).

1) È noto il sintomo dell'alluce di Babinski (phenomène desorseil 1897 - 98).

2) Sintomo della flessione combinata della coscia e del tronco, studiato da Babinski nell'asinergia cerebellare (R. N. 22. 1899). Quando l'infermo viene invitato a passare dalla posizione supina a quella assisa, senza aiuto delle braccia, incontra una grande diffi-

coltà e a un certo punto solleva in aria ambedue le gambe, che restano in tale posizione per qualche tempo finchè, o per forza propria o per aiuto estraneo, l'infermo sorpassa un dato angolo di inclinazione del tronco e le gambe ricadono sul piano del letto. Questo stesso fenomeno egli aveva rilevato negli emiplegici, ma solo dal lato paralitico, sicchè il solo arto inferiore da questo lato si solleva mentre l'altro rimaneva immobile: questo movimento fu da lui chiamato flessione combinata della coscia e del tronco. Il fenomeno dipende da un disturbo di « stabilizzazione » per modo che mentre gli arti inferiori dovrebbero restare immobili e il tronco flettersi su di essi, si ha il fenomeno inverso, e nel primo caso si flettono ambedue le coscie, nel secondo soltanto quella paretica, nel qual caso la flessione sarebbe dovuta alla paresi dei muscoli estensori della coscia sul bacino (glutei, semitendinoso, semimenbranoso).

3) Sintoma di GRASSET e GAUSSEL (1905) o Ersatzphänomen di BIJCHOWSKJ) (1905). Se ad un infermo disteso supino si ordina di sollevare uno degli arti inferiori, teso, egli lo farà senza difficoltà e riuscirà a sollevare, salvo qualche differenza di grado, sia l'arto inferiore sano, che quello paretico: quando invece allo stesso paziente si ordina di sollevare simultaneamente ambedue gli arti inferiori, egli non lo potrà. La spiegazione del fatto è duplice: quando l'individuo solleva un solo arto, si osserva che l'altro opera una pressione col calcagno, sul piano del letto producendo un avvallamento e nello stesso tempo si vedono inarcare i lombi per la contrazione dei muscoli sacro-lombari. Quando invece sono ambedue le gambe che devono sollevarsi, dicono gli Aa. da una parte viene a mancare la pressione del piede che restava fermo e che contribuiva a fissare il bacino: dall'altra tutto lo sforzo di fissazione deve venire eseguito soltanto dalle masse sacro-lombari e se tali muscoli sono insufficienti allo scopo si verificano il fenomeno che fu trovato dagli Aa. tanto nelle emiplegie da lesioni cerebrali, che da lesioni spinali. Il BYCHOWSKI osservò, contemporaneamente agli Aa. francesi, lo stesso fatto: ma lo considera non come un indizio di paresi dei muscoli immobilizzatori del bacino, ma come manifestazione di una speciale funzione di compenso cerebrale dell'emisfero illeso: il quale manda i suoi impulsi motorii oltre che agli arti del lato opposto lungo la via piramidale crociata, anche a quelli omolaterali per mezzo delle fibre

dirette o reincrociate. L'emisfero sano, o meglio il centro corticale motore per l'arto inferiore sarebbe sufficiente a far sollevare un arto per volta, ma non tutti e due insieme.

4) Sintomo dell'opposizione complementare di Hower (1908) studiando il movimento di contropressione (stabilizzazione) di un piede nel sollevamento dell'altro (osservato prima da Grasset) il Floower lo ha ritenuto di gran valore differenziale fra l'emiplegia organica e isterica; perchè in questa ultima, a differenza che nella prima, la gamba isteroparetica compie uno sforzo di opposizione completamente normale: mentre quella sana preme meno dell'ordinario o non preme affatto.

Diede il nome di opposizione complementare al fenomeno la cui importanza fu conservata da Zenner e da Lhermitte.

5) Sintomi dell'adduzione e abduzione associata. Il Raimiste (1909) ha segnalato due altri fenomeni caratteristici di paralisi organica spastica dell'arto inferiore, che rientrano nel gruppo delle sincinesie. L'infermo sta come il solito supino: le braccia incrociate sul petto e le gambe distese e divaricate. Se lo si invita a portare l'arto paretico ed a portare in adduzione, verso di esso, quello sano, lo farà senza difficoltà. Se però a tale movimento l'osservatore oppone resistenza afferrando la gamba sana, con una mano sopra del ginocchio e con l'altra alla metà della tibia, vedrà l'arto opposto portarsi in adduzione, con varia rapidità, e per varii gradi fino a raggiungere l'arto sano. L'altro segno è inverso del precedente: l'infermo tiene le gambe ravvicinate e tenendo immobile quella paretica deve portare l'altra in abduzione. Se questo movimento viene impedito, sarà l'arto paretico che si allontanerà dalla linea mediana, per un angolo di scartamento variabile e con rapidità diversa. Il Romagna - Manoia nella clinica di Mingazzini su 9 emiplegici e 11 emiparetici trovò il movimento di adduzione completo in soli 3 dei primi e 6 dei secondi: invece quello dell'abduzione associata mancava nei primi e fra gli emiparetici era completo in uno solo, accennato in 7, assente negli altri 4.

6) Flessione antagonistica associata della coscia paretica. Il Cacciapuoti descrive un nuovo fenomeno che consiste in ciò: si sollevi passivamente, ad un individuo disteso sul letto uno degli arti inferiori, e trattenendolo in alto, in modo che faccia col piano del

letto un angolo di circa 43 gradi si inviti il paziente ad abbassarlo . Ove a questo movimento si opponga resistenza, si vedrà che, mentre il paziente mette in opera maggiore forza estende energicamente l'arto opposto e lo ruota infuori, e, se lo sforzo continua, inarca i lombi e discosta il bacino dal letto, tenendo la gamba che rimaneva fissa, sempre in quella posizione ed in linea retta col tronco. In tal guisa, insieme col bacino si solleva anche questo arto, in modo che il tallone sia l'ultimo a lasciare il letto e gran parte del peso del corpo poggi sulla mano dell'osservatore.

Se l'identica manovra si compie su di un emiplegico o su di un monoplegico, tenendo sollevato l'arto sano, esso darà luogo a un movimento diverso da parte dell'arto paretico o paralitico: e cioè questo si solleverà lentamente o di scatto flettendosi nell'articolazione dell'anca, raggiungendo 1|3 1|2 2|3 dell'altezza alla quale si trova l'arto opposto e talvolta anche sorpassandola. Questo movimento di flessione è ben diverso dall'altro di sollevamento della gamba consecutivo alla sollevazione del bacino, che interviene solo con uno sforzo violento e solo raramente riesce a discostare il tallone dal letto: nell'emiplegico il bacino resta poggiato ed il tallone si distacca facilmente e tutto l'arto si flette sul bacino.

Si tratta, secondo il Cacciapuoti di una sincinesia che si manifesta in gruppi muscolari antagonisti, non omonimi a quelli che vengono messi volontariamente in azione (all'opposto dei fenomeni del Raimisse che si esplicano in gruppi omonimi) e per tale ragione l'A. crede che si possa ad essa adattare la denominazione: di flessione associata antagonistica della coscia paretica.

7) Fenomeni della « flessione del ginocchio. » Il Cacciapuoti ha modificato il modo di ricerca del Grasset et Gausset, ottenendo una nuova modalità di reazione di un arto offeso. L'A. fa sollevare all'infermo (supino) la gamba paretica e nota l'altezza che essa raggiunge: quindi fa ripetere il movimento, dopo aver collocato l'infermo in modo che l'arto sano cada *penzoloni* a fianco del letto. In questa posizione non è necessario alcuno sforzo, volontario o non, per tenere l'arto sospeso: ebbene, invitando l'infermo a sollevare l'arto paretico, l'A. ha costantemente notato che il movimento era impossibile o tutto al più di una estensione uguale ad una frazione della prima (1|4 - 1|5) cioè che l'arto si sollevava di pochissimi centimetri dal piano del

letto. Dalle ricerche fatte su persone sane, e dalle ricerche comparative dei vari fenomeni su 57 malati, l'A. viene a varie conclusioni di cui riferiamo le principali.

1) Il movimento di flessione della coscia combinato alla flessione del bacino nell'emiplegia è il risultato in parte di una contrazione sincinetica del tensore della fascia lata e del sartorio, in parte di un deficit di stabilizzazione.

2) La funzione di stabilizzazione degli arti inferiori, durante la flessione del tronco su di essi è a carico principalmente dei muscoli estensori della gamba e del piede, secondariamente di quei muscoli che applicano l'una contro l'altra le faccie articolari del ginocchio, fissandolo così nella posizione ad esso data dai muscoli estensori.

3) Il fenomeno di Grasset e Gaussel è espressione di un difetto di stabilizzazione del bacino sul tronco, nel momento della flessione simultanea di ambo gli arti inferiori: ed i muscoli destinati a fissare il bacino durante questo movimento non sono i sacro-lombari, come vuole Grasset, ma i muscoli addominali e principalmente i grandi retti, a carico dei quali deve ascriversi la deficienza che produce il fenomeno.

4) La deficienza dell'opposizione complementare da parte della gamba paretica è un fenomeno caratteristico e costante sia dell'emiplegia cerebrale che delle paralisi spinali, spastiche o flaccide.

5) I due movimenti associati del Raimiste, adduzione e abduzione sono delle vere sincinesie: come lo è pure il fenomeno della flessione associata antagonistica del Cacciapuoti. Oltre a questo, esiste, nelle emiplegie e nelle paralisi da lesione delle vie piramidali in genere il sintomo della flessione del ginocchio del lato paretico. Essa è l'effetto di una deficiente contrazione tonica del quadricipite e dell'aumento di tensione dei muscoli flessori della gamba contratturati.

6) La flessione combinata di Babinski, il fenomeno dell'opposizione complementare di Hoover, l'adduzione associata e la flessione associata della coscia hanno press'a poco una uguale frequenza: viene poi in ordine il fenomeno di Grasset e ultimo l' adduzione associata di Raimiste.

7) Mentre la flessione combinata di Babinski, i due fenomeni del Raimiste e la flessione associata antagonistica sono espressione di spasticità, oltre che di paresi, il fenomeno di Grasset e quello

dell'opposizione complementare sono in rapporto con la sola paresi.

8) Nelle paresi isteriche mancano tutti i fenomeni sopra descritti: quello della opposizione complementare può presentare la nota paradossale di una contropressione maggiore della norma da parte della gamba paretica, minore nella illesa, confermando i dati di LHERMITTE.

9) Se l'espressione di CHARPENTIER che « la flessione combinata può essere simulata » si può estendere a tutti gli altri fenomeni, non è però difficile, dalla loro unione, dalla paradossalità del fenomeno di HOOVER dalla possibilità di essere ricercati all'insaputa del soggetto e da altri dati separare le genuine paralisi organiche dai fenomeni simulati.

Levi Bianchini

Lhermitte — — *Revue de Psychiatrie, pag. 265, 1910, fas. 7.*

Il termine di narcolessia fu proposto la prima volta da GELISNEAU per designare una neurosi rara, caratterizzata da un bisogno immediato, irresistibile di dormire, ordinariamente di breve durata e che si produce a degli intervalli più o meno vicini e che obbliga il soggetto a cadere o a coricarsi; è insomma tutto l'inverso dell'insonnia. La narcolessia può comparire nelle circonstanze più varie; alcune volte essa colpisce il soggetto senza che in questo si possa ritrovare alcuna lesione nervosa e viscerale: altre volte essa decorre parallelamente ad un complesso automatico appartenente ad affezioni del tutto diverse.

L'invasione del sonno è più o meno brutale, alle volte istantanea, preceduta da senso di costrizione cefalica, peso alle palpebre, fitte agli occhi. Il soggetto insomma sente al più alto grado l'appetito del sonno senza provarne il desiderio.

(Il LHERMITTE, d'accordo col SALMON afferma che appetito e desiderio del sonno sono due fatti diversi. L'agripnico può provare al più alto grado l'appetito del sonno senza sentirne il desiderio; tutto l'inverso del narcolettico. Il desiderio del sonno è un atto psichico che si sovrappone o no al bisogno organico: l'appetito del sonno). In un senso generico pare che gli attacchi di sonnolenza siano meno frequenti

quando il malato eseguisce dei movimenti e perciò i narcolettici tentano di resistervi camminando attivamente e stando in piedi. Pare infatti che anche la stazione eretta contrasti la sonnolenza. Tuttavia non sempre questi mezzi sono sufficienti. Un medico di ROBIN si addormentava durante una visita medica e camminava dormendo, un malato di FÉRÉ si addormentava appena si appoggiava ad un mobile ecc.

I fenomeni subiettivi del sonno narcolettico sono identici a quelli del sonno normale: tuttavia può esistere anestesia completa; come pure certi stimoli ripetuti possono far svegliare il malato che però, subito dopo, si riaddormenta.

Dal lato organico ancora si ha lentezza del polso, della respirazione: una volta fu osservato ritmo di CHEYNE STOKES, un'altra scialorrea. Le funzioni intellettuali possono invece presentare notevoli differenze. In alcuni casi la coscienza veglia e il malato può, ridestandosi, raccontare tutto ciò che ha percepito durante la crisi: in altri no. La durata dell'attacco è variabile e oscilla fra alcuni secondi e molte ore. Fatto generalmente ammesso, dopo FÉRÉ, è che il risveglio è tanto più difficile quanto più lunga è stata la crisi: e che, generalmente il risveglio avviene, in modo spontaneo.

Anche il sonno narcolettico pare soggetto alle leggi del sonno normale delle quali la più importante è quella del ritmo.

Spesso gli attacchi vengono alla stessa ora, spesso le crisi sono della medesima durata. Un malato il cui primo attacco ha durato un'ora può essere quasi certo che gli attacchi ulteriori dureranno su per giù lo stesso tempo. La guarigione o il miglioramento degli attacchi possono venire spontaneamente e gradatamente.

Le cause della narcolessia sono oscure. In certi casi la crisi di sonno parossistico può essere determinata da un'emozione gradevole o no. Un malato di GELINEAU giuocando a carte si addormentava se aveva un bel giuoco: un altro si addormentava ogni qualvolta vedeva qualcosa che faceva ridere, un soggetto grottesco: le scimmie al giardino zoologico ecc. Un malato di CAMUSET, affetto da dacriocistite si addormentava ogni qualvolta l'oculista gli doveva cateterizzare le vie lagrimali in seguito alla fistola lagrimale residuata. In altri casi le stesse circostanze che possono favorire in condizioni normali o quasi una lieve sonnolenza, determinano o precipitano la narcolessia: co-

sì le funzioni digestive, durante il pasto stesso, la monotonia d'una conversazione, il sole ardente ecc. In un caso di Ballet la sonnolenza era più accusata al periodo mestruale. Un malato di Chavigny era preso mentre andava in bicicletta, un muratore descritto da Lamarcy, quando lavorava sui tetti doveva rifugiarsi dietro un cammino o un abbaino per non precipitare dal tetto quando veniva assalito dall'attacco ipnolettico.

L'attacco di narcolessia insomma è una crisi di sonno più o meno profondo, imperioso, invincibile, differente dal sonno naturale solo in ciò che il soggetto non può sottrarsi ad esso e che si manifesta in qualunque ora del giorno o della notte (nichemera). L'attacco è spesso preannunciato da vari sintomi subiettivi premonitori che variano da individuo a individuo, che lo mettono sull'attenti e gli permettono di coricarsi in luogo adatto, o in rari casi, di reagire mantenendosi in piedi, lavorando più intensamente e così via: altre volte, più raramente è istantaneo.

Ma la narcolessia non può essere considerata, come voleva Gelineau, una nevrosi, caratterizzata da sonnolenza e caduta, o astasia: essa apparisce piuttosto come un'amplificazione morbosa del sonno normale di cui possiede tutti i caratteri: una ipersonnia parossistica. Il Lhermitte la vuole recisamente differenziare dalla forma narcolettica dell'isteria, da certi stati epilettici, dal torpore, dalla sonnolenza dal coma. dalle sonnolenze, asfittiche dei cardi broncopatici, da quella dei tumori, ma non ci dice in fondo da quale malattia derivi o di quale lesione sia l'esponente e dichiara prematuro ogni tentativo di spiegazione. Da questo punto di vista il lavoro di Lhermitte così interessante nel riassumere ciò che si sa della narcolessia nel combattere alcune recenti teorie sul sonno fisiologico e patologico mi pare sia mancante o presenti più una parte critica negativa che non una esposizione di vedute positive e concludenti.

"È bensì vero che l'A. finisce con queste parole: la narcolessia, espressione di stati patologici molto differenti rappresenta un'attitudine reazionale particolare e propria a certi soggetti senza che noi possiamo, per ora, afferrarne il principio e la natura".

Levi Bianchini.

Näck — Uber atypische Paralysen — Allgemeine Zeitschrift für P. 177, 1910.

Ottimo lavoro da consultare sulla nosografia, classificazione ecc. delle p. p. tipiche o no. — L' A. ammette che le paralisi generali presentano varii sottotipi; che le pseudo paralisi arteroscleroticho alcooliche traumatiche possono decorrere con identica sintomatologia alla p. p. e che solo al microscopio per la pochezza del reperto vengono riconosciute come pseudoparalisi. L' A. ammette anche la p. p. da trauma e da alcool e riconosce che la lue se pure è la causa più frequente non è però *l' unica* della p. p.

Anche i reperti specifici di Alzheimer (Plasmazellen Stabchenzellen, Gitterzellen (cellule fenestrate o granulo adipose) non sono assolutamente specifiche: la W. R. anche in p. p. conclamate e sicuramente luetiche *non* è positiva nel 100 o[o ma nel 95 o[o — 90 o[o — 80 o[o; e in ogni caso per la W. R. il liquido cefalo - rachidiano ha molto più valore del sangue, come pure se la sifilide è negata dall'anamnesi anche se c'è + W. non si ha diritto di pretendere che la sifilide sia esistita perchè la + W. *non* dimostra la presenza *esclusiva* di sostanze sifilogene.

Per istituire con sicurezza la diagnosi di p. p. sifilitica in vivo si devono usare 4 metodi. Ricerca della pleocitosi, dell'aumento di albumina, del Wassermann nel liquido cefalo-rachidiano, del W. nel sangue: al tavolo anatomico trovare i reperti macroscopici grossolani del cervello e le alterazioni caratteristiche di Alzheimer *più* ricercare metodicamente il midollo che manifesta quasi sempre una combinazione di degenerazione dei cordoni piramidali e posteriori.

Secondo gli Aa. francesi Pascal, Klippel, la p. p. non è una entità morbosa dipendente da un' unica causa, ma una sindrome clinica comune a varie tossine che inducono delle lesioni alle volte infiammatorie alle volte degenerative.

L' A. ammette ancora che nella patogenesi della p. p. esista spesso una predisposizione congenita specifica del cervello (raramente acquisita) e che è la I• conditio sine qua non perchè una causa endogena o esogena coagisca in via tossica a produrre la pp.

o II.ª che la determina come causa occasionale per sè sola. L'idea che la paralisi p. sia condizionata ad una disposizione congenita acquista ogni giorno più valore e più sostenitori.

Parlando poi delle paralisi atipiche l'A. le definisce: Sono p. p atipiche tutti quei casi che si allontanano notevolmente dal quadro comune (comprese le sue varietà) sia dal lato somatico che psichico, che in entrambi fino a dissimularlo completamente.

Egli le divide in:

1.° Casi del tutto simili alla p. p. ma non tali per la negatività della sierodiagnosi e del reperto istologico. Sono il gruppo più piccolo le vere *pseudoparalisi* a cui appartengono alcuni pochi casi delle pseudoparalisi alcooliche traumatiche saturnine sifilitiche.

2.° Casi che hanno alcune somiglianze con la p. p. e per i quali la sierodiagnosi può essere risolutiva. È il gruppo più numeroso e contiene tutta la classe delle cosidette pseudoparalisi.

3.° Casi che decorrono con tutt'altra diagnosi e che o la sierodiagnosi o il reperto necroscopico hanno più o meno avvicinato alla p. p. Non sono quindi pseudoparalisi, ma vere paralisi (criptogenetiche) " mascherate „.

Per quanto riguarda la divisione clinica o istologica della p. p. ricordiamo le classificazioni di:

MENDEL — forme dementi

classiche o tipiche (delirio grandioso) — agitata — depressa — circolare — ascendente

BINSWANGEZ — forma meningitico-idrocefalica

emorragica — tabo-paralitica, periferico-neuritica — viscerale

KLIPPEL — forma infiammatoria primitiva (malattia di BAYLE)

paralisi generale associata ad altre lesioni

paralisi generali degenerative divise in pseudoparalisi alcooliche, tubercolari, saturnine, sifilitiche ateromasiche

OBERSTEINER — forma acuta

combinata — atipica (di LISSANER)

(Vedi la mia rivista sintetica sul lavoro di FISCHER e PLAUT (Il Manicomio — 1909).

Levi Bianchini

Westphal — Progressive Paralyse und Aortenerkrankungen — *Allgemeine Zeitschrift für Psichiatrie, pag. 326, 1910.*

Da vario tempo l'attenzione dei clinici è richiamata sulle lesioni aortiche (aneurismi insufficienza) che accompagnano la tabe. L'A. porta tre casi di taboparalisi: 1 con aneurisma; 2 con insufficienza (Questo reperto non stupisce quando si pensa alla sifilide pregressa).

Levi Bianchini

Klieneberger — Ein Fall von Balkenmangel bei juveniler Paralyse — *Allgemeine Zeitschrift f. Psych. p. 572 — 1910.*

Assenza del corpo calloso in un paralitico giovanile. L'A. non accetta l'opinione di Liepmann che il centro destro (del braccio sinistro) stia in una certa dipendenza dal centro sinistro del braccio destro) che avrebbe una certa autorità funzionale su quello per mezzo delle fibre del corpo calloso: perchè in questo caso i due arti funzionavano perfettamente e indipendentemente. È piuttosto da ammettere che nei casi di assenza congenita del c. c. le funzioni di questo vengono assunte da qualche altro territorio, allo stesso modo che nei sordomuti l'educazione e l'esercizio devono indurre una dinamica cerebrale nuova e diversa dal normale (Liepmann).

Levi Bianchini

Donath — Die Behandlung der progressiven Allgemeinen Paralyse mittelst Nukleinsaüre Ingektionen —*Allg. ecc.*

Già fin dal 1903 il Donath usò nella p. p. e nelle psicosi tossi-infettive l'ipodermoclisi ripetuta di 500 - 1000 cent. di soluzione fisiologica per provocare una artificiale « inondazione » e conseguente distruzione delle tossine circolanti.

È noto ancora che processi purulenti e febbrili casuali dànno alle volte una remissione nei sintomi paralitici così che si utilizzarono le

iniezioni di trementina, pomate irritanti, setoni per provocare con ascessi consecutivi una leucocitosi artificiale.

Mikuliez per primo usò sperimentalmente le iniezioni perinucleari di acido nucleinico per aumentare il potere di difesa del peritoneo alle infezioni: Stern ebbe risultati positivi con queste iniezioni nella sifilide.

Nel 1907 partendo dallo stesso principio, Pilcz esperimentò le iniezioni di tubercolina vecchia Koch nella paralisi progressiva partendo da dosi 0, 01 arrivando fino a 03-05. Ma questo metodo è per confessione stessa dell'autore non scevro di pericoli. In tutte queste pratiche si ottiene leucocitosi intensa e iperemia che stanno a dimostrare un aumento dei processi riduttivi e ossidativi dell'organismo. Il Donath ha trattato 31 paralitici con iniezioni sottocutanee di 50 - 100 cui 3 di una soluzione così composta: Nucleinato di soda
Cloruro di soda aa. 2, 0
Acqua distillata steril. 100
e ripetendo l'iniezione a intervalli di 5. 7 g. Il numero delle iniezioni di 100 cmc. varia: se ne fecero da 3 - 18 in media però 8 bastarono a dare risultati sensibili.

La via intravenosa (1 - 6 cc.) fu esperimentata nei primi tentativi ma poi abbandonata. L'A preferisce iniettare in una seduta i 100 cc. nelle due coscie, o alle due parti del dorso, a 50 cmc. per volta di seguito: si può incominciare con una soluzione all'1 o|o. Queste inezioni inducono dopo poche ore un notevole aumento della temperatura locale e una iperleucocitosi (chemiotattiche) che diventano in breve tempo generale. La temperatura può raggiungere un massimo di 40.5; l'iperleucocitosi di 61.000 globuli bianchi; in media però si osservano temperature di 38. 5 e 23. 000 leucociti. Esiste generalmente un parallelismo abbastanza stretto fra temperatura e iperleucocitosi.

Durante la cura è opportuno tenere l'ammalato a letto bene nutrito e sorvegliato.

Il miglioramento dei sintomi paralitici si compie piuttosto lentamente, dopo 3 - 6 iniezioni ed entro 1 a 3 mesi dall'inizio; ma esso è spesso caratterizzato dalla scomparsa non solo dei fenomeni motori ma anche psichici.

Così su 21 casi di p. p., 10 presentarono un tale miglioramento, da poter riprendere il lavoro e le occupazioni: 5 ebbero un migliora-

mento soggettivo e oggettivo tale da poterli dimettere dalla clinica e rinviarli in casa, pur non essendo abili ad occuparsi: 6 casi non diedero risultato. Si ebbe dunque il 70 o[o di successi; cifra più che sufficiente per incoraggiare ulteriori tentativi.

Levi Bianchini

Buddee — Uber Bechenversuche an Gesunden und Unfallkrauken nach der Methode der fortlaufenden Additionen. *Allg. Zeitschrift f. Psych. pag. 906 — 1910.*

L'abbassamento dell'attività somatica e psichica è uno dei segni più importanti e più frequenti delle neuropatie traumatiche. Questo fenomeno dipende da due fattori. 1° Una aumentata esauribilità, 2° una paralisi psicomotoria e intrapsichica.

A misurare la capacità di lavoro somatico molti metodi sono egualmente adatti: fra questi l'ergografia e il metodo di Wells dei tapping test (rippmethode).

La misura dell'attività psichica è molto più difficile. Gross per primo ha adoperato, su infortunati, il metodo di Kraepelin delle addizioni progressive di numeri di una sola cifra: a lui seguirono Roder e più tardi, ma con maggior materiale, Specht. Questi tre autori ritengono che causa della diminuita capacità di lavoro psichico sia una aumentata esauribilità, mentre Plaut che condusse delle ricerche con una modificazione del metodo delle addizioni suggeritagli da Specht fa dipendere la straordinaria diminuzione di attività psichica dei suoi traumatizzati da una paralisi intrapsichica di alto grado.

Il Budec ritiene che entrino in campo tutte e due le cause, a seconda dei casi, o che ne esista una terza, data dalla simulazione.

In base alle sue numerose ricerche l'A. conclude:

1. Il metodo delle addizioni progressive di Kraepelin è, nella modificazione di Specht molto adatto alla ricerca della esauribilità psichica in individui sani (Ermüdbarheit)

2. Essa non è invece di un'applicazione così generale in malati infortunati; essa fallisce in una serie di casi quando cioè l'attività mentale assoluta dell'individuo di ricerca è troppo meschina.

3. Gli ammalati esperimentati dall'A. anche quando presentavano disturbi nervosi lievi, dimostravano una grande alterazione della loro attività psichica (Leistungsfähigheit - capacità di lavoro psichico, attività psichica).

4. L'esauribilità degl' infortunati non fu in alcun caso superiore a quella degl' individui sani di controllo.

5. La capacità di esercizio al lavoro (Übungsfähigkeit) per quanto fu dato rilevare dalle esperienze si dimostrò altrettanto buona negl' infortunati che nei sani.

6. La limitazione dell' attività psichica degl' infortunati va riferita a disturbi della sfera volitiva. In molti casi la paralisi intrapsichica era molto evidente.

7. La simulazione può venire smascherata anche da risultati estremamente bassi nelle esperienze di addizione secondo il metodo di Specht.

8. I risultati dell'A. in conformità dell' esperienza clinica dimostrano che la diminuzione della capacità di lavoro psichico nei traumatizzati non dipende quasi mai da simulazione ma da una paralisi psichica di alto grado.

9. Le ricerche dell'A. dimostrano che fra paralisi psichica dei traumatizzati e quella della frenosi maniaco depressiva esistono differenze sostanziali.

10. La paralisi psichica nei traumatizzati va riferita alla rappresentazione interiore della propria incapacità di lavoro e può venir messa a fianco di altri sintomi a carattere isterico.

L'A. infine chiude affermando che le sue ricerche non dimostrano, nei traumatizzati, un reale aumento della esauribilità fisiologica.

Levi Bianchini

Ramadier et Marchand — Paralysie général juvènile. — *Annales mèdico-psycholog. s. q. t. 11. pag. 105. 1910.*

Giovane tarato, a eredosifilide sospetta ma non dimostrata dalla W. R. e liq. cerebrosp. ammala a 18 anni di tremori generali, a 19 di smemoratezza, indebolimento mentale progressivo, enormi tremori

di tutti gli arti a 22 anni, è morto a 23 anni con i fenomeni motori che si erano sempre più aggravati: linfocitosi e albumina nel l. c. r. abbondantissima. Clinicamente questo caso conferma le osservazioni di altri autori che nella paralisi generale giovanile i sintomi motori sono sempre molto pronunciati.

L'esame istologico presentava come particolarità precipua una infiammazione diffusa delle meningi con predominanza al fondo dei solchi, i nuclei infiammatorii qui erano tanto confluenti ed estesi che in certi punti assumevano l'apparenza di una vera meningite gommosa diffusa.

Esame istologico: circonv. motrici d. e s. 2° frontali d. e s.

Lesioni diffuse. Meningi molto spesse edematose infiltrate di cellule embrionali: nel fondo dei solchi queste confluiscono, circondano i vasi e danno l'idea di un tessuto gommoso. In alcuni punti le meningi sono intimamente aderenti alla corteccia.

Le cellule piramidali contengono granulazioni poco colorabili, nuclei eccentrici: la loro disposizione stratificata è perduta. Pronunciatissima sclerosi nevroglica in tutto lo strato molecolare fino talvolta alle piccole piramidali. Fibre tangenziali completamente sparite: la stria di BOILLARGER è appena indicata.

Vasi in periarterite: capillari numerosi e dilatati in tutto lo spessore della corteccia.

Cervelletto. Infiltrazione della pia cerebellare con chiaro predominio dei focolai infiammatori al fondo dei solchi. Sclerosi nevroglica diffusa.

Bulbo. Periarterite dei vasi. Le cellule dei nuclei dei nervi craniani contengono assai pigmenti. Sclerosi delle piramidi anteriori.

Midollo. A livello del m. cervicale le cellule delle corna anteriori sono pigmentate, i vasi intraspinali inperiarterite. Sclerosi dei fasci piramidali laterali. A livello del midollo dorsale si osserva, come lesione principale, la sclerosi dei fasci piramidali crociati. Le cellule delle corna anteriori del midollo lombare sono atrofiche e pigmentate, c'è in[illegible] sclerosi dei fasci piramidali crociati.

Levi Bianchini

Wiehl — SOGENANNTEN KRISEN BEI GEISTESKRANKEN. — *Allg. Zeitscrift. f. Psych. pag. 962. 1910.*

Nel secolo scorso, fino al 1870, secondo le idee di ESQUIROL, FODÈSE, FRIEDREICH, NASSE, ecc, si accettava la storia delle "crisi" cioè di fenomeni acuti di febbre, emorragie, eruzioni che rappresentavano uno sforzo della natura per allontanare dal cervello la materia peccans ed arrivare con quelle, alla guarigione. Tale teoria scomparsa dopochè si ammise che i suddescritti fenomeni non erano altro che delle malattie intercorrenti ritornò in onore se pur modificata quando la clinica, col mezzo della termometria e delle nuove dottrine sulla febbre dimostrò che i fenomeni, ritenuti come "critici" (lisi febbrile sudorazione nelle malattie infettive) non erano la causa, ma la conseguenza dei processi di guarigione che si svolgono negli organi ammalati.

L'A. riporta tre casi: uno di confusione acuta da spavento, due di frenosi maniaco depressiva guariti i due primi con un attacco febbrile accompagnato da profuso sudore continuato per giorni e settimane: il terzo solo con sudorazione durata tre giorni. L'autore ammette, essendo mancato qualsiasi altro sintomo di lesione organica che si sia trattato nei due primi casi di una cosidetta febbre asettica e che questa, insieme al sudore, sia stata l'esponente del processo spontaneo di guarigione.

L'A. dà poi la seguente spiegazione fisiopatologica: come nella scomparsa della febbre per crisi nella polmonite, l'organismo mobilizza da un momento all'altro tutti i suoi poteri reattivi, così è avvenuto nei casi descritti. Tale mobilizzazione permette un aumento di ossidazione che scompone i prodotti catabolici e li trasforma e li neutralizza nei loro prodotti finali che riesce ad espellere. Conseguentemente aumenta la produzione di calorico che, se non è sufficientemente ridotto dà la febbre e un nuovo aumento del ricambio. Quando provoca la sudorazione la quale, insieme alla respirazione ed all'orinazione, serve in parte ad allontanare i prodotti terminali del ricambio ma sopratutto a regolarizzare la termogenesi aumentata per l'aumentata ossidazione.

Se tale meccanismo può produrre fin dal principio la febbre si arresta per crisi, come nel 3° caso e l' iperidrosi è l'unico segnale della guarigione.

L'A. accenna infine alle tossine da fatica e alle antitossine di WEICHARDT cho esercitano, forse, nella fenomenologia somatica delle guarigioni per crisi una notevole importanza: e ritiene che tali guarigioni, accompagnate dai fenomeni sopradescritti debbano appunto denominarsi "guarigioni per crisi". Richiama infine l'attenzione sull' importanza di tali fenomeni come punti di partenza per studî ulteriori sul trattamento delle psicosi.

Levi Bianchini

Nitsche — ÜBER CHRONISCH — MANISCKE ZUSTÄNDE: ZUGLEICK BEITRAG ZUR LEHRE VON DEN HRANKHAFTEN PERSÖNLICHKEITEN. *Allgemeine Zeitschr f. Psych. pag. 56. 1910.*

Esistono dei casi in cui uno stato maniacale dura per anni e anni, ed anche per tutta la vita. WERNICKE parla di "mania cronica". SPECHT vede in questa una psicosi autonoma e una forma di "stato psicopatico costituzionale" DAVENTER descrive fin dal 1895 una "Irresponsabilità sanguigna" (sanguinische Minderwertigkeit). KRAEPELIN parla nel suo trattato di "Eccitabilità costituzionale" (côstitutionelle Erregung) che il JUNG preferisce denominare "manische Verstimmung. Analogamente esiste secondo il J. una "melancolische Verstimmung". Tutte queste due forme stanno "fra il sano ed il malato".

L'autore studia dei casi consimili, cioè di stati eccitativi e depressivi in anormali ed ereditarii e li divide in 4 gruppi:

I.° Ipomania organica; II.° Costituzione maniaca progressiva; III.° Ipomania cronica circolare; IV.° Eccitabilità costituzionale.

Il 3.° gruppo corrisponde assai bene alla ciclotimia di HECHER e WILMANS. Questi gruppi non presentano delle differenze molto recise, ma si possono separare in base alla multiformità e alle varietà del complesso sintomatico maniacale: essi rappresentano per gradi innumerevoli e varianti, il passaggio dell'uomo normale al psicopatico: e possono essere molto affini alla frenosi maniaco depressiva.

L'A. infine accenna alla possibilità di comprendere con KRAEPELIN fra la « costitutionelle Erregung » i così detti pseudo querulanti, e, come vórrebbe JUNG persino i " pazzi morali ".

Levi Bianchini

Kutner — ÜBER KATATONISCHE ZUSTANDSBILDER BEI DEGENERIERTEN — LIN BEITRAGZUR KENNTNISS DER DEGENERATIONSPSYCHOEN. *Allg. Zeitschrif f. Psych. pag. 363. 1910.*

Torna in onore una dottrina antica, ma che era stata soffocata dalle idee sintetiche Kraepeliniane. Ed è questa: che cioè sul terreno della degenerazione, anche all' infuori della epilessia e dell' isteria, si possono svolgere delle chiare psicosi, come episodii intercorrenti, le quali, una volta guarite, lasciano intatte la primitiva personalità psichica del soggetto stesso. Certamente è pur giusta l'idea di KRAEPELIN che una gran parte degli episodii psicopatici che giungono a manifestazione, sono spesso e solo l'esacerbazione preesistente e progrediente di malattia mentale; ma è anche certo che questa idea è stata esageratamente estesa ed applicata.

È quindi non solo giusta ma necessaria la riabilitazione dell'antica dottrina delle " psicosi degenerative " come " syndromes episodiques " in individui degenerati (delinquenti ereditari); BONHÖFFER ha portato un notevole contributo a queste idee, separando nettamente un grosso gruppo di " stati paranoici " della dementia praecox nella quale si minacciava di comprendere, oltre a molte psicosi maniaco depressive tutte le cosidette " psicosi funzionali ".

L'A. porta il contributo di molti casi propri, costituiti da " episodii catatonici " in delinquenti abituali, in degenerati epilettici cioè di " catatonie " guarite in soggetti degenerati : e di degenerati nei quali una serie di episodii morbosi aveva fatto diagnosticare volta per volta tutte le psicosi conosciute.

Levi Bianchini

Forster — Fall von Zwangreden — *Allgemeine Zeitschrift pag. 484. 1910.*

1. Un individuo da 12 anni deve intercalare ogni tanto nel discorso le parole "Pfäffen" (Preti) e tewer (caro): senza motivo e ovunque si trovi. È perfettamente cosciente del fatto e ritiene non poterne guarire. Stato angoscioso non si rileva: eppure esiste alle volte indipendentemente dalle parole.

2. Una donna si alzava di notte e girava per la stanza come se avesse dentro a sè una macchina: credeva di essere stregata dal marito. In manicomio si sentiva attratta irresistibilmente a pronunciare parole sciocche e offensive. Non le pronunciava mai; ma si addolorava di essere "costretta a pensarle". Una volta erano numerosissime; ora, tali parole, secondo la paziente che piange narrando, sono cinque.

Si tratta di due casi evidenti di stati ossessionali.

Levi Bianchini

Wilmanns — Statitische untersuchungen uber Haftpsycosen — *Allgemeine Zeitscrift f. Psych. p. 847, 1910.*

Il primo lavoro sulle psicosi carcerarie si può ritenere sia quello di Delbrüch apparso nel 1854 sulla stessa Allgemeine Zeitschrift: " *Uber die unter den Straflingen der Strafanstalt zu Halle beobachteten Geistes Krankheiten und ihren Zusammenhang mit dem Verbrechen* „. In base alla ricca letteratura apparsa fino ad oggi, tre interpretazioni principali si possono ammettere sulle *psicosi carcerarie.*

I. Si esclude recisamente che, in seguito alla prigionia possano insorgere delle psicosi: e tutt'al più si ammette che il quadro morboso (preesistente o latente) sia influenzato dall'ambiente carcerario.

II. Si ammette un diretto rapporto casuale fra prigionia e psicosi e si parla di una vera e propria *psicosi carceraria.*

III. É oggi più generalmente accettata una via di mezzo: che

cioè é dimostrata la esistenza di una forma di psicosi acuta determinata dalla prigionia, ma che essa si svolge soltanto sul terreno di una personalità psicopatica.

L' A. ha studiato i casi da lui raccolti nel manicomio della provincia renana in Bonn dall'ottobre 1904 all'ottobre 1909 che semmano a 232 e che vengono divisi in sei gruppi nel modo seguente:

1. Carcerati precedentemente psicopatici.

2. Psicopatici arrestati e mandati in osservazione a sensi del § 81 dell'ordinanza di procedura penale germanica.

3. Psicopatici, divenuti tali durante la detenzione ma ammalati di forme a decorso comune e estraneo alla detenzione.

4. Psicopatici, il cui quadro morboso fu influenzato dalla detenzione.

5. Psicosi carcerarie su base degenerativa.

6. Individui sani di mente sotto ogni rapporto e che ammalarono della forma di psicosi carceraria.

Di questi sei gruppi, i tre primi non hanno alcuna importanza per l'argomento e vengono riferiti solo a scopo statistico, i tre ultimi invece sono quelli sui quali deve essere più approfondito lo studio clinico, eziologico e diagnostico.

4.° Gruppo. Comprende 39 casi di cui 8 imbecilli, 14 dementi precoci, 1 alcoolista cronico, 16 casi di disturbi psichici epilettici. L'A. ha osservato due possibilità: o il quadro morboso assume, per opera della prigionia una tonalità, un aspetto particolare: oppure ad esso si soprappone un nuovo complesso sintomatico che sembra del tutto proprio alla detenzione perchè, in eguali psicopatici liberi, non viene mai osservato. Tale nuovo complesso sintomatico assume, secondo i casi, due forme distinte: la *forma stuporosa* e la *forma paranoide*. La prima è più particolare della prigionia collettiva (17 casi contro 6 nell'isolamento cellulare) la forma paranoide invece è più particolare all'isolamento cellulare, dove si rileva in proporzione di 8 casi contro 1 nella prigionia collettiva.

Oltre a ciò, nei 2[3 dei casi la forma paranoide assume un colorito derivante direttamente dall'ambiente e sparisce complemente con la soppressione dell'isolamento. Anche i sintomi stuporosi scompaiono in breve tempo. Occorre appena accennare che si tratta di una guarigione relativa, perchè la malattia fondamentale continua naturalmente a svolgersi. La sintomatologia carceraria diciamo così è dunque in questi

casi di prognosi favorevole tuttavia può andare, secondo le osservazioni dell'A., da un minimo di 2 mesi ad un massimo di 26. Non si può fissare alcun chiaro rapporto fra la durata della sintomatologia e la malattia fondamentale, la categoria del delitto, la modalità della detenzione, la sua durata ecc.

5.° gruppo. Psicosi carcerarie su base degenerativa. Anche dei 30 casi studiati in questo gruppo si osserva la forma stuporosa in 17 e la forma paranoide in 13.

A). *Forma stuporosa.* In 14 casi scoppiò improvvisamente con fenomeni di eccitamento acuto: in 3 casi insorse in modo subdolo. Il decorso è il seguente:

Il carcerato distrugge improvvisamente tutto ciò che gli capita sottomano: diventa aggressivo e deve venire infine isolato per sicurezza sua e degli altri. Poco dopo entra in uno stato di completa reazione: si fa più pulito, mangia da solo e compie i propri bisogni senza aiuto altrui. Sta seduto sul letto con gli occhi sbarrati e non parla. Dal lato somatico presenta contemporaneamente una ipoestesia, che per varii gradi, può andare fino all'analgesia. Il polso è generalmente aumentato (120); esiste il Romberg, aumento dei riflessi tremore delle mani e fibrillari della lingua. Dopo un certo tempo, che varia da 1 giorno a 10 mesi il paziente diventa più libero, reagisce a stimoli somatici, risponde, se pur ancora lentamente, finchè la coscienza si ricompone del tutto. Si osserva ancora generalmente disorientamento rispetto all'ambiente e al tempo, esso dipende da un'amnesia strettamente legata con lo stato di eccitazione: e scomparisce lentamente. In rari casi il paziente esce dal suo stupore durante il trasporto in manicomio, ma vi ricade subito dopo arrivato. Col riprendersi della coscienza si riducono anche i sintomi somatici. Come fenomeni residuali si osservano generalmente cefalea e assai spesso restringimento concentrico del campo visivo.

Nei 17 casi stuporosi, 11 sono di carcerati in comune, 6 in isolamento cellulare. In 5 casi la psicosi fu determinata dai seguenti momenti: interrogatorio, malattia intercorrente e consecutivo allettamento, segregazione nella cella, traduzione in carcere. Negli altri 12 non si potè rilevare un particolare elemento causale: tutti i casi però si iniziarono dal mese di novembre a marzo.

Anche in questi non si può stabilire alcun rapporto fra natura

della detenzione, del delitto, età ecc. e durata o guarigione della psicosi: in media l'A. ha trovato per questa categoria 2, 1 mesi, (esclusi due casi che finirono in demenza): partendo da un minimo di 0 cioè del giorno stesso in cui il malato fu trasportato al Manicomio, a un massimo di 6 mesi.

B) *Forma paranoide* 13 casi: di cui 4 iniziatisi in modo subdolo e 9 acuto: ed egualmente in 4 detenuti in comune e 9 segregati. In 6 casi si potè determinare il momento causale: tentativo di fuga sventato; grazia negata, fatica eccessiva, in 3 casi punizione disciplinare. L'inverno diede il maggior numero di casi da ottobre a marzo: il solo novembre ne diede 4. Due soli casi scoppiarono in estate.

La malattia incomincia generalmente con furore (ROBSUCHT). Mentre finora il malato si era condotto bene, comincia a fracassare a distruggere la cella e il lavoro e a sviluppare idee grandiose in mezzo a un disorientamento completo della personalità. In questo gruppo a inizio acuto non si osserva dal lato romantico nulla, all'infuori di una lieve ipoestesia. Un altro gruppo pure ad inizio acuto incomincia con stato depressivo dal quale poi si svolgono idee grandiose: anche in questo c'è solo una lieve diminuzione della sensibilità. In tre casi si ebbe all'inizio arresto psichico del quale, prima di arrivare alle idee grandiose, si passò per un periodo di allucinazioni cenestesiche (elettrizzazioni, animali nella testa ecc.).

Un ultimo gruppo a decorso subdolo il più facile a recidivare presentò idee persecutive e di danno: due casi di questo gruppo presentarono 4 e 5 recidive eguali.

Anche nella forma paranoide non si possono istituire rapporti tra guarigione e durata da una parte e i momenti causali o lo stato anteriore sopra cennati dall'altro: in questa forma però pare che l'età avanzata le recidive e le forme a inizio subdolo ritardino la guarigione. La durata media della malattia, escluso un caso cronico fu di 6 e 2 mesi: da un minimo di 1 a un massimo di 15.

6° gruppo — L'ultimo gruppo comprende quei casi nei quali non si è potuto rilevare alcun momento predisponente. Anche in queste si osservano le due sintomatologie *stuporosa e paranoide* e fra queste come forma di passaggio, il *complesso sintomatico di Ganser*.

La forma *stuporosa* comprende 18 casi: 12 in prigionia collettiva, 6 in segregazione cellulare: anche qui, come nei gruppi 4 e 5 lo

RESOCONTO

DEL

XIV Congresso della Societá Freniatrica Italiana in Perugia

(3 - 7 Maggio 1911)

3 Maggio — *Seduta antimeridiana.* Inaugurazione del Congresso

Il Prof. Augusto Tamburini pronuncia il discorso inaugurale.

Invia un saluto ai rappresentanti della città di Perugia, della Provincia dell'Umbria, e dell'Ateneo Perugino, e ai Delegati del Governo. Ricorda la grave perdita di illustri socii, Lombroso, Virgilio, Bonfigli, ed alla loro gloriosa memoria ed alle addolorate famiglie invia un mesto e reverente saluto. Accenna alla duplice gemmazione dal vecchio e glorioso tronco della Società Freniatica di due nuove società, la *Neurologica* e *quella dei Medici dei manicomii pubblici*, la prima dedicata alle ricerche scientifiche, prevalentemente neurologiche, la seconda mirante sopratutto ad un equo assestamento delle posizioni gerarchiche, ed al miglioramento economico di tutti quanti spendono la loro opera indefessa nella cura dei malati di mente.

Dalla avvenuta ed indispensabile divisione del lavoro trae i migliori auspici per una attività scientifica, ancora più feconda e degna delle gloriose tradizioni del sodalizio in ordine ai più gravi ed urgenti problemi della Psichiatria nell'ora attuale, riflettenti sopratutto la Nosografia clinica, la Patogenesi e l'Anatomia patologica delle malattie mentali.

Accenna al notevole rinnovamento indotto nel campo nosografico per opera del Capo della scuola clinica tedesca, per quanto debba ancora ritenersi che molti dei quadri nosografici, illustrati dal Kraepelin, non siano entità cliniche, ma gruppi sintomatici provvisori che attendono nuova luce dall' applicazione rigorosa del metodo *clinico-anatomico.*

Accenna all' importanza acquistata dalla spichiatria nel campo tecnico, cogli incessanti progressi nella Organizzazione dei Manicomi, col trattamento razionale dei malati, coll'insegnamento professionale degli infermieri, colla utilizzazione dei malati al lavoro, e con una saggia

organizzazione dell'Assistenza familiare. Coll'utilizzare le residuali energie dei malati, coll'educare al lavoro quelli originariamente poco adatti, colla indagine scientifica sulle cause della pazzia e delle umane degenerazioni, da cui scaturiscono corollari preziosi per una sicura profilassi, col difendere la società dagli alienati criminali e col dettare i provvedimenti legislativi contro le piaghe più gravi, che infestano la società, la Psichiatria assurge alla funzione di Scienza Sociale, e tra le scienze sorelle è uno dei fattori più efficaci del progresso civile ed umanitario.

L'illustre presidente chiude il suo discorso inaugurale con l'augurio seguente: « Possano gli alti ideali, che animano e spronano all'arduo lavoro il nostro Sodalizio, sempre più affermarsi, diffondersi ed esplicarsi nell'animo e nell'opera di tutti, avvincendoci in un solo pensiero di carità, solidarietà e di progresso, e, trionfando su tutte le inevitabili difficoltà e gli ostacoli, che si frappongono sempre ad ogni opera alta e civile, possano essere raggiunti pel bene dell'umanità, pel decoro della nostra Nazione!

Dopo il Presidente della Società Freniatrica, parlano applauditissimi il Sindaco di Perugia Comm. LUCIANO VALENTINO, il Presidente della Deputazione Provinciale dell'Umbria Comm. ORLANDO MOSCIONI, da ultimo il Prof. CESARE AGOSTINI, Direttore del Manicomio di Perugia e Presidente del Comitato esecutivo.

3. Maggio. — *Seduta pomeridiana.*

I. TEMA. — ALCOOLISMO ED EPILESSIA.

Relatori AGOSTINI - SEPPILLI.

Il relatore Prof. SEPPILLI comunica i risultati della sua indagine in ordine ai seguenti quesiti: le bevande alcooliche possono per sè dare origine alla epilessia convulsiva, hanno cioè un'azione epilettogena e, nel caso affermativo, a che può attribuirsi?

2.° Quali sono gli effetti delle bevande alcooliche nel corso della epilessia genuina?

Ricorda i lavori del MAGNUS HUSS, che, sin dal secolo XVIII, tra le forme dell'alcoolismo ne aveva distinta *una epilettica* e più propriamente una sottoforma convulsiva, comprendente il tremore, i movimenti coreici, le scosse muscolari, ed un'altra comprendente gli attacchi classici epilettici; i lavori del LASÈGUE (1869) che descrive ne-

gli alccolisti violenti accessi convulsivi, seguiti da fasi stuporose o da stati maniaci e provocati sempre da eccessi nel bere, e del tutto assenti nei periodi di sobrietà; le pubblicazioni di LEGRAND DU SAULLE (1876) di LANCEREAUX, di RICHARD, il quale afferma che nell'alcoolismo subacuto, in soggetti predisposti, possono aversi convulsioni epilettiformi, solo in apparenza simili agli attacchi di epilessia genuina, e cui dovrebbe darsi più giustamente il nome di *accidenti alcoolici epilettiformi* anzichè quello di epilessia alcoolica.

Ricorda anche il Relatore le ricerche sperimentali di MAGNAN e DUJARDIN BEAUMETZ, e quelle più recenti di JOFFROY sulla tossicità degli alcooli e da ultimo, tra i lavori italiani, quelli del RAMELLA, del PROTI e del BUCCELLI.

Dalla disamina dell' importante letteratura si rileva una disparità di opinioni sul valore da assegnare alle bevande alcooliche nella genesi dell'attacco epilettico. Gli uni ammettono una vera epilessia da alcool, cioè ritengono che le bevande alcooliche possono dare luogo, anche in chi non ne abbia la disposizione, alla comparsa di fenomeni epilettici ed in ispecie di accessi convulsivi; gli altri negano all'alcoolismo un vero valore etiologico nella genesi dell'epilessia e non gliene riconoscono che uno molto secondario, di causa puramente occasionale, che agisce non altrimenti che le intense emozioni, gli stati di esaurimento, le malattie febbrili tossiche, etc.

Dall'esame delle più importanti statistiche pubblicate sui rapporti tra alcoolismo ed epilessia si rileva un duplice ordine di fatti: Da una parte si nota che l'alcoolismo occupa un posto eminente nell'etiologia dell'epilessia, come causa esclusiva degli attacchi, dall'altra si constata che l'epilessia è frequente nei bevitori. In Italia su 6250 alcoolisti (5647 uomini e 603 donne) accolti nel decennio 1898 - 1907 in 28 Manicomi, 302 andarono soggetti all'epilessia convulsiva. Si ebbe cioè una proporzione del 5 °[o.

Confrontando le statistiche dei singoli manicomi nostri con quelle delle altre nazioni, si constata nei primi la minore frequenza dell' insorgenza dell'epilessia, in seguito all'uso delle bevande alcooliche. Difatti le percentuali avute di alcoolisti epilettici, in Italia, sono: a Firenze 14 °[o (10 °[o uomini; 4 °[o donne) a Torino 18 °[o (12 °[o uomini; 6 °[o donne), Ancona 17 °[o (13 °[o uomini; 43 °[o donne). A Berlino invece, secondo le statistiche del FÜRSTNER, MOELI e SIEMERLING si ebbe una

percentuale di 30 a 35 °|₀, e ciò forse è dovuto al fatto che in Italia si fa un consumo minore delle bevande alcooliche distillate di fronte a quello delle nazioni centrali e nordiche di Europa.

In rapporto al sesso, l'epilessia alcoolica è di molto più frequente negli uomini che nelle donne. Su 302 casi di epilessia alcoolica, 282 erano maschi e solo 20 femine. In rapporto all'età in cui si sviluppa l'epilessia alcoolica, si può affermare che essa è più frequente dai 30 ai 50 anni.

La epilessia può svilupparsi nell'alcoolismo acuto: scompare col dileguare dell' intossicazione acuta e si ripresenta ad ogni nuovo e grave abuso alcoolico: ma più frequentemente essa appare nell'alcoolismo cronico, e costituisce la epilessia costituzionale od abituale dei bevitori (Drouet) e può presentarsi sotto forma di attacco classico epilettico oppure sotto forma di vertigini e di attacchi convulsivi parziali (scosse cloniche più o meno durevoli e dolorose ai polpacci o ai muscoli flessori delle gambe, con perdita o semplice offuscamento della coscienza).

Può inoltre l'epilessia comparire nel corso del *Delirium tremens;* che anzi gli attacchi possono precedere il delirio.

L'accesso convulsivo dell'alcoolista non si differenzia in generale dall'attacco classico dell'epilessia genuina; come questo, è seguito da uno stato di agitazione maniacale intensa, con violenti impulsioni all'omicidio ed al suicidio, specie a quest' ultimo.

L'accesso epilettico può talora seguire un solo abuso accidentale di alcool: ma più frequentemente appare dopo una serie più o meno lunga di anni di alcoolismo cronico.

La nota caratteristica dell'epilessia alcoolica consiste in ciò, specie nei primi anni di abusi alcoolici, che, internato l' infermo in manicomio, ed allontanato l' alcool, la epilessia rarissimamente si ripete.

E quando ciò accade, bisogna ritenere che si tratta o di alcoolisti in cui la epilessia già è divenuta costituzionale o si tratta addirittura di epilessia genuina concomitante l' alcoolismo.

In quasi tutti i casi di epilessia alcoolica, occorsi allo studio del Relatore, esisteva una *predisposizione originaria o ereditaria;* in tutti ereditarietà neuro e psicopatica o eredo - alcoolismo, donde, in armonia coi concetti del Redlich, del Ferè, del Bratz, può ritenersi non possa aversi epilessia alcoolica senza una originaria, abnorme

costituzione dei centri nervosi, e che l'alcoolsia la causa occasionale della crisi convulsiva, o in altri termini che l'alcool riveli la *epilessia latente* o la *attitudine convulsiva* preesistente.

Ma non solo la classica epilessia occorre di notare negli alcoolisti cronici, frequenti invece sono anche le osservazioni di speciali sindromi accessuali con *caratteri epilettoidi:* speciali stati crepuscolari, forme di automatismo ambulatorio, stati di intenso delirio, preceduti da umore irritabile e da disturbi sensoriali visivi ed acustici a contenuto ostile e terrifico: in tutte queste forme prevalentemente psichiche sono frequentissime le impulsioni omicide e suicide, con completa amnesia *spesso retrograda.*

Quale è il meccanismo pel quale le bevande alcooliche dànno luogo all'epilessia? L'alcool ha un'azione epilettogena? Il Relatore ricorda le ricerche di ORFILA, che sin dal 1810 ha affermato che nell'avvelenamento da alcool non si hanno convulsioni; le ricerche di AGOSTINI, di BRAUN, ALBERTONI e LUSSANA, concordi tutti nell'affermare che, da soli, i varii alcooli non producono epilessia. Neanche le conclusioni di MAGNAN, che vorrebbe assegnare al solo assenzio un potere convulsivante, possono accettarsi in modo assoluto: per lo meno c'è molto da dubitare che le dosi ordinarie, che ne bevono gli alcoolisti siano capaci di determinare gli attacchi convulsivi. Non potendo riconoscere in genere agli alcooli un potere diretto, bisogna quindi, per spiegarsi l'insorgere dell'epilessia nell'alcoolismo, a due fatti attribuire valore. In primo luogo alla originaria predisposizione organica, all'*attitudine convulsiva, a quella abnorme, ereditaria irritabilità* dei centri nervosi, per cui qualsiasi intossicazione vale a provocare la nevrosi esistente allo stato di latenza, e l'alcool, qual deprimente dell'attività dei centri di inibizione superiori, può dirsi il tossico più attivo: in secondo luogo allo stato di intossicazione dell'organismo, dovuto ai profondi disturbi del ricambio, indotti dall'alcoolismo acuto e cronico, per le svariate alterazioni che questo produce in tutti gli organi (alterata secrezione e motilità gastrica per gastrite cronica, gravi alterazioni renali, gravi alterazioni epatiche etc.).

In armonia colle vedute di WARTMANN, TANZI, WILDERMUTH, il relatore ritiene che la epilessia alcoolica, concludendo, non possa considerarsi, come una entità morbosa, perchè non presenta caratteri cli-

nici specifici nella forma e nel decorso dell' accesso convulsivo; perchè nel campo anatomo patologico non si notano alterazioni speciali del cervello, che possano avere importanza nel meccanismo patogenico dell' attacco epilettico. La intossicazione alcoolica rientra nei comuni stati di intossicazione accidentali, che costituiscono le tante cause della nevrosi epilettica: l' alcool non agisce quindi che da semplice elemento *provocatore o rivelatore,* favorisce cioè l' estrinsecarsi di una disposizione epilettica, ch' era rimasta latente.

Il relatore Prof. AGOSTINI riferisce sull'*eredo-alcoolismo* in rapporto con l'epilessia: passa in rapida rassegna tutte le statistiche più importanti in ordine all' interessante problema: ed espone i dati delle indagini proprie. Nel decennio 1898 - 1907 in 27 Frenocomi italiani vennero ammessi 4876 epilettici (uomini 3277, donne 1599). L'alcoolismo dei genitori venne notato 191 volte ossia nel 0,4 %: l'alcoolismo del solo padre 726 volte, cioè nel 14 %. L'alcoolismo della sola madre 137 volte, nel 0,2 %. L' alcoolismo di altri membri della famiglia 134 volte ossia nel 0,2 %.

Basandosi sui risultati delle ricerche, eseguite con maggior accuratezza nei manicomi di Perugia e di Brescia, può essere limitata tra il 30 e il 12 % la media d' individui epilettici, che per causa diretta dell'alcoolismo dei genitori, ammalarono di epilessia: anche in questi limiti è innegabile la notevole influenza dell' alcool sulla più imponente delle neuropatie.

Per risolvere l' importante quesito se nell'eredo alcoolista epilettico l'alcool leda direttamente i centri nervosi, inducendo una originaria condizione di nevrosi epilettica, oppure determini una predisposizione neuropatica di questi, per cui risentono occasionalmente la influenza di sostanze tossiche, capaci di provocare le crisi epilettiche, il relatore passa in rassegna tutte le ricerche sperimentali dell'ORIVA, del REIS, di FERÉ, di CENI, MIRTO, FRISCO, TODDE, e riferisce i risultati delle proprie esperienze.

Intossicò coll'alcool etilico numerose cagne incinte, somministrandone due cmc. per ogni chilogramma di peso, dose che in un uomo di 65 chilogr. corrisponde a due litri di vino al giorno, ed in un primo caso, avvenuto il parto, si ebbero due cani nati morti, e un terzo vivente che moriva 25 giorni dopo, senza avere aperto gli occhi e sen-

scoppio avviene in mezzo ad uno stato di eccitazione, seguito poi da stupore. Come momenti occasionali si trovano 1 volta per una lettera annunciante la malattia del padre, 1 per trasporto nel reparto lavoratore, 1 per malattia intercorrente, 7 per punizioni disciplinari. Negli altri 8 casi la causa non fu apprezzabile. Tutti i malati erano dai 23 ai 28 anni. La stagione dell' anno non ha alcuna influenza sulla sindrome morbosa così pure non esiste alcun rapporto fra i fatti esterni e la durata di quella. In caso di recidiva la guarigione sembra più lenta; a prescindere da uno di tali casi la media durata di 1 e 1|2 mese con un minimo di 1 a un massimo di 11. Tutti i casi vanno a guarigione. Anche qui la forma stuporosa è la forma della prigionia collettiva.

La sindrome di Ganser comprende sei casi: ed in questi si manifesta nella sua forma più pura. Il paziente non può rispondere esattamente alle domande più semplici quantunque risulti dalla risposta stessa che egli ha capito bene il senso delle domande; si osservano disturbi della sensibilità, allucinazioni, più tardi anche amnesia. I riflessi sono normali, si osservano invece tremori delle mani e della lingua. Tutti i casi iniziarono acutamente: in due casi solo si trovò un nesso occasionale con l'arresto e con la sorpresa in flagrante; anche qui non c' è alcun rapporto evidente con la stagione od altre cause esterne. L' età dei malati era dai 22, 30 anni, si trattava solo di delinquenti occasionali o passionali. La durata solo della malattia fu di 1, 3 mesi in media con un minimo di 15 giorni e un massimo di 3 mesi: la prognosi è fausta la malattia è propria della collettività (5 contro 1 solo in segregazione).

La forma *paranoide* comprende 16 casi 2 di prigionia collettiva 14 di segregazione cellulare: ed anche qui la forma paranoide è quella della segregazione, per eccellenza. 6 casi iniziarono in modo acuto, 11 in modo subdolo in 3 soli casi si osservarono i momenti occasionali; 2 volte malattie intercorrenti 1 volta la sospensione dal lavoro. Mese e stagione non hanno alcuna influenza particolare. Le guarigioni avvengono in media dopo 5, 4 mesi, con un minimo di 0, cioè col trasporto dal carcere in manicomio ad un massimo di 8 mesi: nelle recidive il periodo morboso si allunga. Dei 16 casi, 4 presentarono allucinazioni uditive, 7 delirio persecutivo, 3 allucinazioni cenestetiche, 2 demenza o allucinosi.

Riassumendo i dati dei gruppi 4.°, 5.°, 6.° risulta che la forma stuporosa è propria della detenzione collettiva (45 casi contro 19 cioè 5: 2). La forma paranoide è propria della segregazione cellulare (38 casi contro 8 cioè 5: 1). Nei degenerati, la durata media delle 2 forme è rispettivamente 2, 1 e 6, 2 mesi, mentre nei non predisposti è di 1, 5 e 5, 4 mesi.

In tesi generale la forma stuporosa sembra più frequente della paranoide, (64 casi: 46). Come conclusione l'A. finisce nel seguente modo.

Per quanto è dato giudicare dal presente studio su un materiale relativamente limitato non si può ancora parlare di una vera « psicosi carceraria » (Haftpsychose) sui generis quantunque la sua esistenza sia con grande verisimiglianza da ammettere. E certo però che durante la prigionia si osservano due complessi sintomatici ben distinti che possono venir designati col titolo di «psicosi carceraria» poichè presentano lo stesso decorso e lo stesso quadro sintomatico. Tali psicosi possono insorgere su individui già affetti da altra psicopatia ma colpiscono a preferenza individui psicopatici e degenerati anzichè sani di mente.

Il primo complesso sintomatico è lo stuporoso, proprio della detenzione collettiva: il secondo è il paranoide, proprio della segregazione cellulare. Ambedue sono a prognosi favorevole: la forma paranoide è meno frequente della stuporosa, la stuporosa ha maggior tendenza a guarire rapidamente, dalla paranoide. Le recidive sono rare ed hanno un decorso più lento.

LEVI BIANCHINI.

Raecke. UEBER FURSORGEERZICHUNG IM STAATE NEW-YORK. *Allgem. Zeitschr. f. Psych. p. 818. 1910.*

I tribunali per i bambini (Kindergerichtshöfe) hanno preso un enorme sviluppo nello stato di New-York. Solo nel 1.° dei due tribunali di New-York sono stati trattati nel 1909, 11494 casi. Qualunque sia il luogo del crimine, il giudice vi si reca, emette subito la sentenza e rilascia il ragazzo, in libertà, in prova. Se è recidivo, viene subito arrestato e con sentenza del Giudice mandato in un istituto di edu-

cazione. Da questo, ove occorra, è trasportato in una casa di detenzione, costruita espressamente per ragazzi con mezzi privati.

Gli istituti di stato e cittadini non hanno alcuna direzione sacerdotale. Scopo di questo trattamento è di sviluppare un carattere indipendente e sviluppare tanto il corpo che la mente. Le dimissioni vengono decise dal direttore dell' istituto stesso. Gl' istituti moderni sono costruiti col cottage-sistem (a padiglioni) in campagna ed hanno, oltre ad officine di arti e mestieri anche colonia agricola. I nuovi entrati subiscono una specie di quarantena e vengono esaminati psichiatricamente.

Per imbecilli e psicopatici vi sono spesso padiglioni a parte.

Ogni giorno un medico visita l' istituto. Le pene corporali sono inibite in tutto lo stato di New-York. I renitenti vengono provvisoriamente isolati e posti in reparti chiusi con vigilanza giornaliera e notturna ininterrotta. La disciplina è mantenuta sopratutto perchè è militarizzata (militärisch Drill). Il ragazzo per essere dimesso deve avere un contegno corretto e meritevole per un determinato numero di settimane: riceve un'educazione militare secondo i regolamenti dell' esercito americano e può, ove si comporti bene, avanzare al grado di sottufficiale e perfino ufficiale. Con ciò si eccita la sua ambizione e si eleva il concetto della dignità personale. I risultati che così si ottengono sono assai buoni.

LEVI BIANCHINI.

Frotscher e Becker — SAUERSTOFFBÄEDER IN DER IRRENPFLEGE — *Allgemeine Zeitschrift f. Psych. pag. 799. 1910.*

I bagni di acido carbonico sono buoni nei lievi stati di eccitamento: sono pure raccomandabili anche in quei stati psicopatici che possono essere legati ad una malattia cardiaca. Però quelli di SARASON (Ozet-Bäder, nach Dr. Med. L. Sarazon firma L. Elkan Berlin) sono così cari (2 1[2 marchi) che non possono venir usati in manicomio e devono venire riservati alla « Praxisaurea ».

LEVI BIANCHINI.

Müller H. (Aufsichtsarzt (medico ispettore) der Familienpflege zu Leipzig): Die Familienpflege in der Stadt Leipzig. *Allgemeine Zeitschrift. f. Psych. pag. 276 - 1910.*

Dal 1907 si è tentata la cura eterofamigliare nella stessa città di Lipsia. L' A. riporta le regole che la disciplinano: ciò che si richiede dalla famiglia - custode: una stanza di almeno 20 m. ^{3} vitto buono, vita in comunità completa con la famiglia: lavatura dei panni del malato. Il manicomio (di Dösen presso Lipsia) dà: 1,50 Marco al giorno per malato pagabile a mensile posteccipato: i vestiti e la biancheria necessarii, scarpe e barbiere; medicine e 1 bagno settimanale. Il malato è sempre considerato come facente parte del manicomio di Dösen. La famiglia si deve attenere alle prescrizioni della direzione del manicomio e dei suoi medici e deve immediatamente avvertirla delle modificazioni che in essa avvengono, come pure dei traslochi di domicilio. In molte famiglie vi sono 1 o 2 pazzi: ma in alcune ve ne sono 3, 4 ed anche 5. A fine 1909 esistevano 73 malati a cura famigliare su 1139 nel manicomio di Dösen cioè 6, 4 0[0.

L' A. è convinto che, a malgrado delle difficoltà e di certi svantaggi, la cura eterofamigliare potrà essere organizzata con successo anche in una gran città come Lipsia.

Levi Bianchini.

Dott. P. Fusco — Eredo - sifilide, demenza paralitica e colera. (*Deduzioni scientifiche dal lavoro del dott. Costantini sulla cutireazione alla tubercolina nei folli*).

Nel fascicolo 48, sezione pratica 1910, del Policlinico è apparso un lavoro del dott. F. Costantini, assistente nel Manicomio di Roma, diretto dall' illustre prof. Mingazzini, sul quale credo opportuno richiamare l' attenzione dei colleghi in genere, e più specialmente quelli, che si occupano di malattie mentali: lavoro che, a mio credere, è destinato ad avere delle grandi applicazioni pratiche e conseguenze scientifiche, aprendo un nuovo e vasto orizzonte agli studiosi della pro-

teiforme malattia, che dicesi sifilide, e delle sue trasformazioni attraverso il tempo e le generazioni.

Il lavoro porta per titolo: « La cutireazione con la tubercolina « nella infezione sifilitica e nelle affezioni metasifilitiche ».

Lasciando da parte ciò che concerne questo odierno mezzo diagnostico in rapporto a tutte le altre affezioni luetiche e paraluetiche, le quali furono oggetto degli esperimenti del dott. COSTANTINI, io mi limiterò qui a rilevare le 15 reazioni positive, le 2 incerte, e l'una debole, ottenute dall'A. su 20 ammalati di demenza paralitica: cutireazione alla tubercolina, colla quale andò quasi sempre d'accordo anche la reazione di WASSERMANN. Ciò premesso, a me preme qui ricordare quello che ho pubblicato ultimamente nella mia monografia sull'ultima epidemia colerica in Italia relativamente al grave contributo fornito al morbo asiatico dai manicomii meridionali; contributo che io metto in rapporto a condizioni somatiche intrinseche nei folli o per meglio dire, a disposizione ereditaria — E questa disposizione ereditaria per me non è altro, che eredo-sifilide di remotissima origine, la quale nei folli si è localizzata a preferenza nel sistema nervoso centrale, come nei tisici si localizza a preferenza nei pulmoni, nei cardiaci ed arteriosclerotici, a preferenza nell'apparato circolatorio; e così via.

E poichè cervello, pulmoni, cuore ed arterie ecc. intanto funzionano, in quanto che sono irrorate da sangue sufficiente in qualità e quantità, ne viene di conseguenza che, quando il sangue è alterato per infezione acuta o cronica la sua azione malefica si esercita a preferenza su quegli organi che congenitamente sono deboli, malformati, e quindi vulnerabili. Ond'è che in caso di epidemia colerica, alla infezione cronica del sangue degli eredo-sifilitici folli, si aggiunge qualche altra cosa (sia il bacillo di KOCH, o le sue tossine o altro), la quale altra cosa agisce in modo pernicioso sui centri vasomotori e trofici, già naturalmente deboli, producendo così in poche ore la morte dell'individuo.

E così verrebbe ad essere meglio spiegato ed illustrato il mio paradossale concetto enunciato nel 1° vol. della N. S. M. dove dico, che secondo il mio modo di vedere, tutte le malattie infettive sono dipendenti in via diretta o indiretta dalla sifilide ereditaria od acquisita. Concetto il quale naturalmente ha scandalizzato i seguaci delle

odierne dottrine batteriologiche, secondo le quali ogni malattia infettiva è prodotta da uno speciale microrganismo, anche quando questo non è stato ancora scoperto, come per es. nel morbillo, nella scarlattina, nel vaiuolo ecc.

Posta invece la quistione in questi termini, verrebbe a cessare lo scandalo, restando intesi, che la sifilide, ereditaria o acquisita, toglie al sangue in proporzioni variabili a seconda dei casi, il potere fagocitario e l' indice apsonico, epperò lo rende più suscettibile d' infettarsi, date le circostanze favorevoli.

Aversa, Dicembre 1910.

Dott. P. Fusco

NECROLOGIA

Amico sincero ed ammiratore dell' ingegno e del carattere di **LUIGI SCARANO**, scrivo di lui con l'animo profondamente rattristato, di lui che lasciò questa vita a soli 46 anni, tutti dedicati a un lavoro indefesso, nobilissimo, a pro della Scienza, dell'Esercito, della famiglia e degli amici.

E questa vita lasciava serenamente, alla vigilia di raggiungere una meta agognata, che gli avevan preparata le sue qualità elevate intellettuali e morali.

LUIGI SCARANO nel suo ufficio di medico militare, amato e stimato, fu sempre adibito a posti speciali, nei quali si distinse molto, e, senza venir meno alle esigenze dei regolamenti, profuse tutto il tesoro della sua vasta cultura nelle moderne dottrine psichiatriche e comprese che la compage dell'Esercito dovesse giovarsi dell'opera del sanitario militare, diretta non solo all'esercizio della medicina e chirurgia pratica, della medicina legale, dell'igiene, ma anche a far migliorare la scelta del soldato, allontanando dall'Esercito tutti gli elementi, che psichicamente rappresentano i deboli nella lotta per l' esistenza , e che , fiaccati congenitamente nello sviluppo intellettuale, costituiscono un pericolo continuo nelle file di esso.

Egli intuì, fin dall' inizio della sua carriera, che i tempi novelli esigono abbandono degli antichi criteri di disciplina e di reclutamento, dettando un complesso di norme per l' esame delle reclute e dei soldati nell' organismo e nella psiche.

I suoi lavori tutti furono degnamente apprezzati dagli scienziati, che molto più si ripromettevano dall'opera di lui, quando la mattina

del 28 novembre scorso ne spense la cara esistenza un morbo fiero, che non fu vinto dalle cure amorevoli ed assidue dei medici.

Ebbe solenni funebri a Roma come a Nocera, dove la salma fu trasportata, e che furono una dimostrazione splendida della stima e dell'affetto che lo circondavano.

Il vuoto che lascia **LUIGI SCARANO** per la sua prematura fine non si colmerà, e la memoria di lui resta in tutti imperitura!

Fronda

za riuscire a reggersi sulle gambe: in un secondo caso si ebbe un figlio nato morto, un secondo che morì nel giorno seguente al parto, ed un terzo che crebbe stentatamente.

In un'altra cagna la intossicazione la si determinò non durante la gravidanza ma durante l'allattamento: i figli cresciuti sparuti e barcollanti morirono di marasma dopo circa due mesi, senza presentare mai fenomeni convulsivi. Eseguita la ricerca dell'alcool nel sangue della madre durante la gestazione ed in quello del feto, si ebbe risultato positivo, anche quando la quantità di alcool somministrato alla madre durante la gravidanza non superava i due cmc. per chilogr. di peso. Nel latte invece non si riscontrò tracce di alcool, se non quando la dose fu elevata a gr. 5 di alcool per Kilogram. Da una cagna, la quale era stata coperta da un cane, che da molti mesi prendeva la dose quotidiana di gr. due di alcool per chilogr. di peso, nacquero cinque figli vivi che crebbero senza apparenti disturbi.

Di speciale interesse è il caso di una donna alcoolista ed epilettica degente nel Manicomio di Perugia. Figlia di genitori alcoolisti, ha'un fratello epilettico, un altro dipsomane. Maritatasi, procreò prima due figli, che godono discreta salute fisica e psichica: datasi poi a bere divenne epilettica ed ebbe tre figli morti tutti e tre di convulsioni eclampsiche dopo il terzo anno di vita.

Dati clinici e sperimentali dimostrano quindi che l'intossicazione alcoolica della prole può avvenire durante il coito, durante la gravidanza, durante l'allattamento.

Quando si ha alcoolismo acuto del padre nel momento della fecondazione, e quando si ha alcoolismo della donna durante la gestazione, si può ritenere che l'alcool esplichi la sua influenza nociva, sia alterando la vitalità del nemasperma, sia disturbando la normale evoluzione dell'embrione, donde gli aborti, i nati morti, le encefalopatie prenatali.

Dato il fatto che nell'alcoolismo della nutrice, perchè l'alcool passi in quantità sensibile nel latte occorrono dosi molto forti, che non sono tollerate dalla madre, bisogna ritenere che l'intossicazione alcoolica della nutrice riesca deleteria al poppante per la diminuita secrezione lattea, che obbliga l'aggiunta di una vittitazione incongrua, e per l'alterata composizione del latte, determinata dalle tossine circolanti, per la disturbata funzionalità epatica. Nell'alcoolismo cronico del

padre, il prodotto della fecondazione risente dell' indebolimento dell'organismo del padre, ereditando una particolare vulnerabilità del sistema nervoso, per cui risente prontamente i danni delle ordinarie cause tossiche e sopratutto ereditando quella tendenza e quella intolleranza all' alcool, che è caratteristica nei figli dei bevitori.

La epilessia negli eredo-alcoolisti, preceduta d'ordinario dalla eclampsia, può dipendere o da processi cerebropatici fetali, causati dall' alcool sui centri nervosi, o dalla speciale vulnerabilità di questi di fronte alle ordinarie cause infettive tossiche. Bisogna poi tener conto anche del fatto che nelle famiglie dei bevitori si somministra con facilità alcool anche ai neonati, donde disturbi gastro enterici, epatici, donde la diminuita difesa contro gli elementi tosso-infettivi, causa di meningo-encefalite, donde le crisi convulsive.

Dall' insieme delle considerazioni precedenti scaturiscono i seguenti corollarii:

1.° L' alcoolizzazione acuta dei procreatori al momento del concepimento è di capitale importanza per spiegare le gravi manifestazioni dell'eredo-alcoolismo.

2.° L' alcoolismo materno, durante la gestazione, deve essere tenuto nella massima considerazione per gli effetti deleterii nella prole.

3.° L' alcoolizzazione diretta del neonato non è d' altra parte trascurabile.

4.° La epilessia dell'eredo-alcoolista dipende o da primigenia difettosa organizzazione dei centri nervosi o da un processo di vera encefalopatia fetale, o da una particolare predisposizione dei centri nervosi di fronte a cause occasionali di natura convulsivante.

5.° La epilessia degli eredo-alcoolisti non raggiunge le vaste proporzioni, che dovrebbe, pel fatto della grande mortalità della prole dei bevitori inveterati, per la diminuita attività procreatrice di questi, dovuta alle lesioni delle glandule sessuali e per la minore frequenza dell'alcoolismo nella donna, ch' è molto più pernicioso di quello dell'uomo.

Nell' ultima parte della importante relazione viene trattato dello *frequenza dell'alcoolismo nei casi di epilessia conclamati.* In 5315 epilettici genuini i relatori riscontrarono l' alcoolismo 691 volte, ossia si ebbe una proporzione dell' 11 °/₀. Molti epilettici, figli di alcoolisti, ereditano dai genitori la tendenza al bere: e mentre ne sentono irresistibile il bisogno, sono colpiti dal terribile male appena si abbando-

nano anche a modeste libazioni. L'attaccamento all'alcool è spesso la conseguenza dello stato di *distimia* da cui viene colpito l'epilettico, che dominato dall' incubo della malattia grave che lo affligge, e che lo segrega in parte dal consorzio civile, cerca di affogare nei fumi di bacco il suo perenne malumore. Talora in epilettici, figli di alcoolisti, il bisogno accessionale di bere assume i caratteri di una vera *dipsomania.*

L'alcoolismo direttamente od indirettamente dà origine nella prole a manifestazioni epilettiche: l'epilettico dal canto suo ha una tendenza infrenabile all'abuso degli alcoolici, è un alcoolizzabile nato (Ferè) e risente più rapidamente e più gravemente l'azione del terribile veleno. I più stretti rapporti esistono tra epilessia ed alcoolismo, entrambi *prodotto diretto* di *degenerazione ereditaria,* entrambi fattori di *degenerazione*; sono triste appannaggio di entrambi, caratteri somatici degenerativi, difetti ed anomalie psichiche, decadimento grave morale ed intellettuale.

Riportiamo integralmente le conclusioni della interessantissima relazione.

1.° L'alcoolismo, tanto acuto che cronico, può dar luogo all'attacco convulsivo epilettico.

2.° L'attacco convulsivo dell'alcoolista non si distingue ordinariamente da quello classico dell' epilessia genuina. L'epilessia psichica può essere una manifestazione dell'alcoolismo.

3.° Gli alcooli, per sè, non hanno un'azione epilettogena nel senso fisiologico della parola. Nella genesi dell'epilessia alcoolica si deve attribuire un gran valore alla predisposizione organica, all'attitudine convulsiva, nonchè ai profondi disturbi del ricambio materiale, indotti dall' alcoolismo acuto e cronico, pei quali si formano dei materiali tossici nell'organismo. Non esiste quindi una epilessia alcoolica quale entità nosologica.

4.° Nei genitori degli individui affetti da epilessia si nota una certa frequeuza all'alcoolismo.

5.° Le più gravi manifestazione dell'eredo-alcoolismo si debbono alla condizione di alcoolizzazione acuta dei procreatori al momento del concepimento; una grandissima importanza, per gli effetti deleteri nella prole, esercita l'alcoolismo della madre durante la gestazione.

6.° La epilessia nell'eredo - alcoolista è una delle conseguenze più frequenti, sia per primigenia difettosa organizzazione dei centri nervosi,

sia per un processo di vera encefalopatia fetale, sia per una particolare predisposizione di questi centri di fronte a cause occasionali di natura convulsionante.

7). L'alcoolismo è frequente ad osservarsi nei casi di epilessia classica.

*
* *

I relatori dopo aver messo in evidenza colla elaborata relazione una delle più gravi conseguenze dell'alcoolismo, che va assumendo in Italia sì vaste proporzioni, invocano, tra le misure legislative per prevenirlo e combatterlo efficacemente, *l'istruzione antialcolica nelle scuole, la diminuzione* degli spacci delle bevande alcooliche, e gli *asili per i bevitori.* Propongono infine che dal Consesso Freniatico vada al Governo, ed in ispecie all'ex Presidente On. Luzzatti, una parola di caldo e sincero encomio, associata al voto che il disegno di legge da Lui presentato al Senato nella tornata del 5 Dicembre 1910, venga sollecitamente attuato, ma con qualche emendamento, che lo renda più atto ed efficace a combattere i mali fisici, morali, ed intelletuali prodotti dall'alcoolismo.

4. Maggio. — *Seduta antimeridiana.*

Si apre la discussione sul primo tema.

Il Prof. Ruata in base ad alcuni dati statistici opina si debba assegnare all'alcool nella genesi dell'epilessia una importanza ancora minore di quella assegnatagli dai relatori.

Il Prof. Cristiani, pur convenendo nelle conclusioni generali dei relatori, è di avviso si debba ridurre ancora di più l'importanza dell'alcool nella patogenesi dell'epilessia. In numerose osservazioni cliniche egli potette costatare che contemporaneamente all'alcool concorrevano molte altre cause nella genesi dell'epilessia.

Il Prof. Bellisario, riferisce di due casi clinici di un certo interesse; i due infermi in vita avevano presentato attacchi apoplettiformi, ed all'autopsia si riscontrò ispessimento durale con ematoma incistato. L'O. fa delle considerazioni cliniche ed anatomo-patalogiche in ordine all'importanza di simili reperti, per la patogenesi dell'epilessia alcoolica.

Il Prof. Tamburini riferisce sulla *diagnosi differenziale tra epilessia alcoolica ed epilessia essenziale.* Egli dissente alquanto dai

relatori: dal punto di vista clinico, egli è propenso ad ammettere una forma di epilessia alcoolica, e ne rileva i caratteri differenziali dalla epilessia essenziale (mancanza di stimmate proprietà dell'epilessia, rarità ma notevole intensità degli accessi, l'insorgere di questi dopo forti abusi alcoolici, il loro scomparire col cessare degli abusi alcoolici; l'accompagnarsi degli accessi stessi col delirium tremens etc.).

Nell'epilessia essenziale notansi le stimmate somatiche e psichiche proprie dell'epilessia: l'accesso convulsivo si determina per piccole dosi di alcool; l'intossicazione alcoolica negli epilettici psichici spesso determina l'esplosione della epilessia somatica: ed in quelli motori, la epilessia psichica.

Cascella (Aversa) porta un notevole *contributo clinico al rapporto tra alcoolismo ed epilessia.*

Su 1500 alienati ricoverati nel Manicomio di Aversa, egli non potette costatare che solo 25 casi di epilessia alcoolica (23 uomini e 2 donne). Solo quattro erano contadini, gli altri 21 erano operai. Egli conclude che l'alcoolismo nella Campania è in lieve aumento: che esso colpisce più i maschi: facilmente guarisce, ma spesso dà recidive: colpisce d'ordinario più gli abitanti delle città.

Il Prof. Amaldi (Firenze) riferisce sul progetto di Legge contro l'alcoolismo. Presenta un ordine del giorno, nel quale si fanno voti perchè il Governo, al disegno di Legge, presentato dall'On: Luzzatti il 5 Dicembre 1910, aggiunga questi emendamenti: 1). Che sia portata al 15 °|₀ la tassa alcoolica - limite per la speciale autorizzazione di vendita: 2) che sia integrato il principio del riposo festivo con estensione a tutti gli spacci di bevante alcooliche, osterie etc.: 3) che gli istituendi asili per gli alcoolizzati abbiano ad essere destinati all'accoglimento anche degli alcoolizzati, curati nella prima fase del male nel manicomio, nonchè ai prosciolti penalmente per reati commessi in istato di alcoolismo e tutti quelli che (a carico proprio, o dei comuni, o di altri) possano richiedere le cure antialcooliche appropriate. 4) Sia sanzionato l'obbligo dell'insegnamento antialcoolico nelle scuole pubbliche. 5) Che con disposizioni speciali sia favorita la produzione ed il commercio delle uve da tavola e dei derivati non fermentati.

Sull'ordine del giorno Amaldi si ha un'animata discussione: esso però viene finalmente approvato ad unanimità.

Il Prof. Modena (Ancona) riferisce sulle *psicosi alcooliche*

nella Provincia di Ancona; dimostra luminosamente come col diminuire del prezzo del vino le psicosi alcooliche divennero più frequenti in quella regione e viceversa: ne desume la necessità di provvedimenti legislativi per combattere efficacemente il crescente alcoolismo.

4. Maggio. — *Seduta pomeridiana.*

III. TEMA. ANATOMIA PATOLOGICA DELLE DEMENZE

Relatore Prof. UGO CERLETTI.

(Conclusioni).

Il tema, su cui il Congresso di Venezia mi ha dato incarico di riferire, può essere inteso in due significati. In un primo significato, esso può essere inteso nel modo seguente:

Stabilire quali alterazioni anatomo-patologiche, nelle diverse forme morbose mentali, rappresentino il substrato necessario e sufficiente della demenza.

Al proposito convien rammentare che con l'appellativo di demenza noi oggi designiamo puramente una sindrome mentale, sindrome che si presenta in varie malattie, traendo necessariamente da ciascuna di esse speciali caratteristiche; non vi è cioè una demenza, ma vi sono più forme di demenza.

Ciò nondimeno, gli Autori, considerando come esponente comune degli stati demenziali la dissoluzione (inguaribile) dei poteri mentali, hanno tentato di determinarne il correlato anatomico. In base al concetto che tale dissoluzione mentale sia costantemente accompagnata da una distruzione di strutture nervose, si è cercato di dimostrare una peculiare localizzazione delle alterazioni distruttive dei centri nervosi e per il problema in questione, si è dato speciale valore al fatto che in molti dementi la parte dell'encefalo che macroscopicamente apparisce più alterata (atrofie ecc.) è la porzione prefrontale.

Con indagine più minuta, l'istopatologia, mentre ha potuto, in un certo numero di casi, anche quando l'atrofia non era macroscopicamente rilevabile, stabilire una reale prevalenza di alterazioni nei lobi prefrontali, ha potuto d'altro lato stabilire che questo fatto non è costante e che talora sono precipuamente colpite altre regioni del cervello. Non

diversamente ci si presenta, in sostanza, il problema per lesioni distruttive diverse dall'atrofia, come tumori, rammollimenti ecc.

Le indagini microscopiche dirette a stabilire in modo preciso la distribuzione istotopografica delle lesioni, sia in determinate aree, sia in determinati strati della corteccia cerebrale, o a dimostrare peculiari alterazioni delle strutture nervose in rapporto allo stato di demenza, non reggono alla critica.

Difficoltà d'ordine teorico e pratico, oggi insuperabili, rendono enormemente difficile una razionale, fruttifera impostazione di una tale ricerca.

Ciò posto, il relatore lascia da parte le ricerche istotopografiche in rapporto col su enunciato quesito, e si limita a riferire circa le ricerche *qualitative*, che, in ogni modo, dovranno formare il punto di partenza delle prime. Il tema viene dunque inteso nel secondo dei suoi significati, ossia:

Riferire sui reperti anatomopatologici propri delle malattie in cui interviene uno stato di demenza.

É ovvio che si abbia una grande variabilità di reperti in quelle forme morbose, che la psichiatria clinica delimita provvisoriamente in base alla sintomatologia, al decorso ecc., in mancanza di un fondamento unitario etiologico-patogenetico. Così ad esempio nella demenza precoce, nella epilessia ecc. Per queste forme oggi non esistono quadri anatomopatologici *caratteristici.*

È stato invece possibile raggruppare in quadri anatomopatologici caratteristici e costanti i reperti per alcune malattie mentali a delimitazione etiologico-patogenetica, e cioè .

1. — per le malattie sifilitiche e metasifilitiche (sifilide cerebrale nelle sue varie forme, paralisi progressiva);

2. — per una tripanosomiasi, la malattia del sonno;

3. — per i processi d' involuzione senile del cervello (la demenza senile nelle sue varie forme);

4. — per la demenza da arteriosclerosi cerebrale.

Per altre malattie a base etiologica unitaria (pellagra, alcoolismo ecc.) non conosciamo ancora reperto anatomopatologico caratteristico.

Riassumendo in un brevissimo elenco soltanto quelle alterazioni

che dei singoli quadri anatomo-patologici formano la parte integrale, avremo:

I. — *Sifilide cerebrale.*

Vi si distinguono tre forme principali: la forma gommosa, la forma meningo-encefalitica, la forma tipicamente vasale (ALZHEIMER).

a) La forma gommosa tocca il nostro tema solo in quanto può dare i sintomi di determinati tumori cerebrali ed in quanto può andare unita ad una delle due altre forme, che più spesso stanno in rapporto con stati demenziali.

b) nella forma meningo-encefalitica l'alterazione essenziale è a carico della leptomeninge e dei suoi vasi, in forma di una infiltrazione diffusa di linfoci e plasmatociti delle trabecole connettivali e dei vasi della pia. Questi infiltrati si estendono per breve tratto lungo le guaine avventiziali, dei vasi che dalla pia penetrano nella sostanza nervosa. Le lesioni della sostanza cerebrale, per lo più ad aree limitate, sembrano in rapporto con le alterazioni vasali.

c) nella forma tipicamente vasale l'alterazione più saliente è data dalla reazione progressiva enorme delle cellule delle pareti dei vasi cerebrali. Nei grossi vasi si hanno tipici esempi della così detta endoarterite di HEUBNER, con enorme proliferazione delle cellule dell'intima; nei piccoli vasi, l'ipertrofia ed iperplasia di tutti gli elementi cellulari e spesso la formazione dei « fasci vasali » per neoformazione perivasale. Si hanno qui alterazioni a focolaio della sostanza cerebrale in rapporto con le alterazioni (occlusive) dei grossi vasi, e parallelamente alla vivace diffusa reazione progressiva dei piccoli vasi, una vivace reazione progressiva della glia. Nella sifilide cerebrale dell'adulto è rarissimo il reperto del treponema pallido.

II. — *Nella paralisi progressiva* l'encefalo è l'organo più gravemente leso. L'alterazione che più colpisce è la grave e diffusa distruzione di elementi specificamente nervosi, per cui ne risultano profonde alterazioni del tipo della mielo e citoarchitettura nelle varie aree della corteccia e gravi atrofie delle circonvoluzioni, con rigogliose proliferazioni nevrogliche. A differenza di quanto si osserva nella massima parte delle forme di sifilide cerebrale, i vasi del tessuto nervoso sono qui in preda ad alterazioni prevalentemente regressive, che per molti capillari, giungono alla totale involuzione. Ne residuano così

nel tessuto nervoso elementi cellulari che vanno col nome di *cellule a bastoncello.* Le guaine avventiziali di tutto il sistema vasale endocerebrale contengono plasmatociti e linfociti più o meno numerosi e svariate sostanze di disfacimento, commiste a pigmenti ematogeni. Alterazioni analoghe, in genere meno intense, trovansi in tutto l'asse cerebro-spinale. Nei centri nervosi non fu potuto mettere in rilievo il treponema pallido. Processi degenerativi ed infiltrazioni vasali si trovano anche nel sistema nervoso periferico e negli organi interni.

III. — *Nella malattia del sonno* tra le gravi alterazioni dei varii organi mostransi molto evidenti le alterazioni dei centri nervosi, nei quali notansi sopratutto imponenti infiltrati perivasali specie nei vasi maggiori, costituiti di plasmatociti e linfociti e gravi alterazioni del tessuto nervoso in aree perivasali (SPIELMEYER).

IV. — *Nelle forme di demenze da involuzione senile,* tra le varie alterazioni regressive, che si osservano nei diversi organi, tiene il primo posto l'alterazione del cervello, specie della corteccia cerebrale. Costante reperto sono in essa le « placche senili » di *Redlich-Fischer.* La massima parte delle cellule nervose di tutto l'asse cerebro-spinale trovasi in stadii più o meno avanzati della così detta degenerazione grassosa. L'atrofia corticale spesso assai spiccata sta a dimostrare la gravità e diffusione delle alterazioni distruttive delle strutture nervose. I vasi propri del tessuto nervoso presentano numerosissime le note disposizioni ad ansa, a treccia, a grovigli. In probabile rapporto con la grave distruzione di strutture nervose e commisti ad abbondanti prodotti di disfacimento, si possono trovare linfociti, specie intorno ai vasi della sostanza bianca.

V. — *Nella demenza da arteriosclerosi cerebrale,* in rapporto non necessario col grado e l'estensione delle alterazioni arteriosclerotiche del sistema vasale in genere e dei grossi vasi del cervello in ispecie, si osservano nei piccoli e minimi vasi endocerebrali alterazioni regressive di vario tipo: la così detta degenerazione jalina, la sclerosi fibrosa, la così detta degenerazione grassa, la calcificazione etc. In diretto rapporto con le alterazioni vasali e perciò in aree di varia estensione, ma circoscritte, si trovano alterazioni di varia natura del tessuto nervoso, dal rammollimento ai processi di distruzione delle strutture nervose con conservazione del tessuto di sostegno.

La singolare competenza del Prof. CERLETTI nell'istologia patolo-

gica del sistema nervoso, la numerosa serie dei suoi lavori originali, in tale difficile campo, rendono ampia ragione del plauso generale, con cui viene accolta, in seno al Congresso, la sua dotta relazione sull' importante tema affidatogli.

L'Assemblea freniatrica, avida di respirare un'aria più pura e non contaminata dai vapori alcoolici, che avevano infestato l'ambiente della tempestosa seduta antimeridiana, lo segue, per circa un'ora e mezza, in religioso silenzio, nella chiara, lucida, precisa analisi delle particolarità dei quadri anatomo-patologici sopra cennati, con interesse sempre crescente, pari all' importanza dei reperti, che l'oratore, con le numerosissime proiezioni microfotografiche, va mano mano illustrando, ed infine applaudisce fragorosamente.

Per ogni quadro anatomo-patologico il Relat. descrive le lesioni vasali più tipiche, mette in rilievo degli infiltrati vasali le particolarità più degne di nota: descrive le lesioni più salienti e la loro distribuzione nelle singole zone corticali: analizza tutte le modificazioni progressive e regressive del tessuto di nevroglia.

Nella paralisi progressiva richiama più particolarmente l'attenzione sui reperti delle cellule a bastoncello, sulle modalità dell' infiltrazione plasmacellulare, sulla morfologia delle plasmacellule, sui loro prodotti di degenerazione.

Nelle forme di demenze da involuzione senile si sofferma sui reperti delle placche di Redlich-Fischer, sulla disposizione ad ansa, a treccia dei vasi, sui prodotti di disfacimento del tessuto nervoso (corpi amiloidi).

Nelle demenze da arteriosclerosi cerebrali prende in esame le lesioni vasali, i processi varii di gliosi, i processi distruttivi del sistema nervoso, il meccanismo della neuronolisi, mettendo in rilievo la parte che le cellule di nevroglia prendono nella eliminazione dei detriti di cellule nervose, cadute in degenerazione.

L'oratore pone termine alla dotta relazione, additando la via delle ricerche future, giacchè nonostante la ricca messe di dati, già acquisiti alla scienza, che permettono di già un certo orientamento nel campo anatomo-patologico, rimangono ancora sempre nuovi e più difficili problemi da risolvere.

Aperta la discussione sul tema « *Anatomia patologica delle demenze* »; il Prof. Righetti (Fermo) domanda al relatore Cerletti

alcuni chiarimenti sulla localizzazione, in un primissimo tempo delle lesioni corticali, e sul loro progressivo estendersi alle altre aree della corteccia, nella paralisi progressiva. Il Prof. CERLETTI, risponde, accennando alla ricca letteratura al riguardo, in favore di una lesione primitiva e prevalente dei lobi prefrontali.

Il dott. ANSALONE (Nocera Inferiore) domanda al relatore quale valore, per la diagnosi anatomo-patologica della paralisi progressiva, debba assegnarsi all' infiltrazione plasmacellulare. Accenna brevemente alla discrepanza delle opinioni al riguardo. Nel Manicomio di Nocera, dove la paralisi progressiva è una malattia frequentissima, insieme col dottore VITOLO egli ha fatto numerosissime ricerche al riguardo. In ogni caso di paralisi progressiva, clinicamente bene accertato, col metodo UNNA-PAPPANHEIM trovarono sempre una imponentissima infiltrazione plasmacellulare. Essi quindi ritengono che quest'ultimo reperto deve essere preso in grande considerazione per la diagnosi anatomo-patologica della paralisi progressiva.

Domanda al relatore se abbia eseguito ricerche in ordine alle lesioni neurofibrillari nella paralisi progressiva. Accenna alle notevoli discrepanze esistenti fra i diversi autori al riguardo, affermando gli uni che l' apparato neurofibrillare non subisca notevoli modificazioni patologiche, e descrivendo gli altri lesioni gravissime dell' apparato neurofibrillare.

Avendo il relatore descritto reperti di *corpi amiloidi* nelle demenze da involuzione senile, data la incertezza tuttora esistente sulla vera natura di simili formazioni, ritenute dagli uni di origine nevroglica, dagli altri di natura nervosa, domanda al relatore se dai suoi reperti abbia potuto trarre dati, che chiariscano meglio la loro natura, tenuto conto anche delle recentissime ricerche del PERUSINI circa i caratteri differenziali tra *corpi amiloidi* e *cistoplasmatociti*.

In ordine al processo di neuronolisi ed alla parte attiva che gli elementi di nevroglia vi hanno, il Dott. ANSALONE domanda al relatore se ritenga che i detriti del protoplasma delle cellule nervose subiscano speciali degenerazioni, perchè possano essere incorporati dalle cellule spazzatrici: accenna ai reperti ottenuti nel delirio acuto, dove gli elementi di glia apparivano circondati da detriti, orientati intorno

all'elemento nevroglico, aventi le stesse proprietà tintoriali del protoplasma nervoso residuale.

Circa i reperti delle placche di REDLICH - FISCHER, dimostrati dal relatore nelle demenze da involuzione senile, il Dott. ANSALONE nota che vi sono ancora non poche dubbiezze sulla vera loro natura; se rappresentino una lesione primitiva delle cellule nervose o dell'apparato neurofibrillare: (PERUSINI). Comunque sia, è indubbio che intorno a questi piccoli focolai distruttivi di strutture nervose si iniziino processi attivi di proliferazione da parte del tessuto nevroglico, mentre progredisce il processo dissolutivo nelle strutture nervose sino alla comparsa di formazioni sicuramente degenerative (corpi amiloidi (?). Ora nei reperti più frequenti di gliosi delle demenze arteriosclerotiche (gliosi diffusa, conici ispessimenti nevroglici, etc. . .) occorre quasi sempre di vedere in mezzo ad un fitto trabecolato nevroglico, vasi alterati ed i tipici corpi amiloidi. Non sarebbe quindi il caso di indirizzare le ricerche per assodare i possibili rapporti tra le placche di FISCHER ed i processi di gliosi in genere, per indagare se le prime non rappresentino forse il punto di partenza dei secondi? Le placche di FISCHER cui si vuole, allo stato attuale delle nostre conoscenze, assegnare un grande valore, come reperto tipico delle demenze senili, potrebbero non rappresentare che semplicemente l'inizio di un processo morboso, che si evolve lentamente.

Il Prof. CERLETTI, rispondendo al Dott. ANSALONE, circa le lesioni neurofibrillari nella paralisi progressiva, non avendo ricerche proprie, si limita ad esporre i risultati delle indagini degli autori, che si occuparono di tale argomento.

In ordine al valore da assegnare agli infiltrati plasmacellulari per la diagnosi anatomica della paralisi progressiva, si mostra propenso a dividere le idee dell'interpellante.

Circa i reperti dei corpi amiloidi riconosce la necessità di ulteriori ricerche per definirne la loro vera natura.

In ordine ai processi di neuronolisi egli è propenso ad ammettere in tesi generale che la nevroglia concorra alla eliminazione dei detriti di tessuto nervoso; ma di fronte a singoli reperti, egli opina che allora solo si possa ritenere sicuramente la loro provenienza da una cellula nervosa in via di disfacimento, quando simili detriti, di

fronte a metodi specifici, assumano colorazioni del tutto identiche a quelle del protoplasma residuale, degenerato della cellula in via di disfacimento.

Pel significato delle placche di FISCHER, infine, egli rileva, allo stato attuale delle nostre conoscenze, i caratteri speciali di queste, che le fanno sicuramente differenziare dai comuni reperti di gliosi: nessun dato istologico sicuro ci autorizza a ritenerli, nello stato attuale, come focolai iniziali delle varie forme di gliosi, che si riscontrano nelle demenze arteriosclerotiche.

COMUNICAZIONI

ANSALONE G. (Nocera Inferiore) — *Lesioni neurofibrillari nella paralisi progressiva.*

Ha applicato i metodi neurofibrillari di DONAGGIO e CAIAL al sistema nervoso centrale di quattro paralitici progressivi. Nell'anamnesi dei quattro casi figurava l'alcoolismo: in nessuno potette essere esclusa la sifilide. Nei primi due casi la morte sopravvenne piuttosto rapidamente, nel primo mese circa di degenza in manicomio e prima che tutto il quadro classico, sino al marasma paralitico tipico, si fosse determinato. L'esame dell'apparato neurofibrillare nelle cellule della midolla spinale ed in quelle della corteccia cerebrale non fece rilevare particolarità degne di nota e l'A. non crede di insistere sui reperti di questi primi due casi, perchè l'esame istopatologico, eseguito coi più svariati metodi di indagine, non lasciarono notare che lesioni corticali e midollari molto lievi, con una scarsa infiltrazione plasmacellulare.

Insiste invece, presentando i relativi preparati, sui reperti dei due ultimi casi, nei quali la malattia durò in Manicomio circa un anno, con tutto il quadro classico della paralisi progressiva, sino al marasma finale, letale. L'esame anatomo-patologico e quello istologico col metodo NISSL, ed UNNA-PAPPANHEIM confermarono pienamente la diagnosi di paralisi progressiva. Riscontraronsi lesioni corticali imponentissime, specie nel lobo frontale, ed una ricchissima infiltrazione plasmacellulare, sotto piale, attorno ai vasi di piccolo, medio e grosso calibro. Per

evitare che l'apparato neurofibrillare subisse alterazioni cadaveriche (SCARPINI), il materiale anatomico fu prelevato solo dopo sei ore dalla morte.

Per la midolla spinale fu impiegato il metodo III DONAGGIO. Per la corteccia cerebrale il metodo IV. DONAGGIO e quello di CAJAL.

I risultati ottenuti con quest' ultimo furono però di gran lunga inferiori.

Nella midolla spinale (rigonfiamento cervicale e lombare), sia nelle cellule del corno anteriore che in quelle del corno posteriore, il metodo DONAGGIO lascia osservare integrità completa dell'apparato neurofibrillare, nella grande maggioranza degli elementi.

Sia le fibrille lunghe che quelle costituenti la rete intracellulare appaiono di aspetto normale. In molte cellule è evidente anche il cercine perinucleare. Nel suo insieme la rete endocellure rassomiglia, per la regolarità delle maglie, a quella delle cellule motrici della midolla spinale dei cani.

Quando la cellula è parzialmente invasa da degenerazione pigmentaria, la rete cellulare si può dividere nettamente in due zone: una più densa e meno chiaramente analizzabile ed una meno addensata; in quest'ultima i singoli granuli pigmentari sembrano inquadrati nelle maglie della rete. Quando la cellula è tutta invasa da pigmento, l'aspetto della rete è più semplice e più facilmente analizzabile. Le fibrille lunghe in questo ultimo caso sono respinte ai margini della cellula, dove formano dei fascetti esili ma compatti. La degenerazione pigmentaria, adunque, contrariamente a quanto è stato affermato da precedenti ricercatori, non induce modificazioni essenziali nell'apparato neurofibrillare endocellulare: essa può invadere l' intero elemento cellulare ed il reticolo fibrillare può persistere, con semplici modificazioni strutturali: una maggiore larghezza delle maglie e maggiore esilità delle neurofibrille.

Solo in un numero scarsissimo di elementi l'A. potette costatare lesioni rilevanti dell'apparto neurofibrillare. Tutta la cellula si presenta notevolmente rigonfia, il nucleo pallido, rigonfio anch'esso e vescicoloso. Per quanto si insista nella differenziazione, l' apparato neurofibrillare ha un aspetto grossolano.

La delicata rete neurofibrillare è sostituita da ammassi, blocchi intensamente colorati, rilevati, sporgenti, nei quali non può ricono-

scersi una struttura fibrillare, ed i quali non rappresentano se non le sezioni frontali delle fibrille conglutinate: detti ammasi hanno una conformazione a virgola, analoga a quella riscontrata da DONAGGIO nelle lesioni neurofibrillari, prodotte dall' azione combinata del freddo e del digiuno, e recentemente descritta anche da MODENA in un caso di poliomielite.

Simili reperti di conglutinazione delle fibrille, che del resto sono rarissimi, non possono confondersi colla *disintegrazione e degenerazione granulare* del MARINESCO, riscontrata frequentemente nella paralisi progressiva da vari autori (LAIGNEL-LAVASTINE-PITULESCU BIELSCHOWSKY, BRODMANN). L'A. non ha mai riscontrato questa alterazione nelle cellule della midolla spinale.

Nei preparati di midolla bene differenziati, specie usando soluzioni molto deboli di tionina, il metodo di DONAGGIO mette in rilievo:

1) Un aumento sensibile di cellule di nevroglia: si tratta di elementi con nucleo grosso, colorato in bluastro, con più masse cromatiniche periferiche e con scarso protoplasma colorato in rosso. Tra il nucleo ed il margine del protoplasma rimane quasi sempre una zona circolare di protoplasma incolore. Questi giovani elementi di nevroglia hanno una certa somiglianza con alcuni plasmotociti; col metodo però di PAPPENHEIM non si colorano affatto: i metodi DA FANO e quello di WEIGERT per la nevroglia non le mettono in rilievo così chiaramente come il metodo DONAGGIO.

Dette cellule di nevroglia sono abbondantissime nelle corna anteriori e posteriori, e nella sostanza bianca, nella immediata vicinanza dei vasi. Nella sostanza grigia occupano costantemente gli spazii pericellulare e sono tanto più abbondanti, quanto più l'elemento cellulare ha aspetto atrofico.

2) *Maze terminali;* fibre esili cioè terminate con ammassi claviformi, colorati intensamente in rosso.

3) Corpi amiloidi nella sostanza grigia e molto più abbondantemente nella sostanza bianca e negli spazii sotto-piali. Essi hanno la struttura concentrica caratteristica, che assumono coi comuni metodi di colorazione.

4) Sfere ialine incolori, del tutto simili ai prodotti di degenerazione ialina delle plasmacellule (cisto-plasmatociti).

I risultati ottenuti nella corteccia cerebrale (circonvoluzioni centrali, 1ª, 2ª e 3ª frontale) col metodo IV DONAGGIO sono di gran lunga superiori a quelli ottenuti col motodo CAJAL.

Si ebbe una buona differenziazione dell'apparato neurofibrillare in quasi tutti gli elementi della corteccia, usando soluzioni molto deboli di tionina e differenziando, in alcuni casi, in alcool - piridinico le sezioni microscopiche. Perfezionando così il processo di differenziazione, egli riuscì ad ottenere imagini fibrillari chiarissime nelle grosse medie e piccole piramidali e potette così constatare che le alterazioni delle neurofibrille sono molto più lievi di quelle, che i metodi argentici sogliono dimostrare.

Per l'accumulo nella cellula di pigmento, specie verso la base, oppure per formazione di vacuoli, stato edematoso del protoplasma, il reticolo può subire addensamenti o rarefazioni: esso però non scompare mai, nè le fibrille assumono l'aspetto granuloso seriale o disseminato voluto in ispecie dal MARINESCO, da LAIGNEL - LAVASTINE e PITULESCU.

Anche nella corteccia, come nella midolla, ma sempre rarissimamente si hanno conglutinazioni delle fibrille e formazioni di grossi fasci, a virgola, disposti il più delle volte alla periferia delle cellule.

Il metodo DONAGGIO nella corteccia dei paralitici, sia nella sostanza grigia che in quella bianca, mette in rilievo colla massima evidenza una notevolissima proliferazione nevroglica, e, meglio di qualsiasi altro metodo, mette in rilievo i rapporti reciproci tra cellule nervose e cellule nevrogliche. Specie negli strati profondi corticali si ha una ricca invasione di glia attorno alle cellule nervose, e lo scarso protoplasma degli elementi nevroglici viene quasi a fondersi colla massa protoplasmatica della cellula nervosa.

Negli elementi maggiormente invasi dalle cellule di glia l'apparato neurofibrillare appare più stipato, più addensato e meno bene analizzabile.

La proliferazione di glia è abbondantissima nella sostanza bianca: tra i cilindrassi, rigonfi notevolmente, si trovano ricche palizzate di cellule nevrogliche, stipate le une contro le altre.

A differenza di quanto si nota nelle demenze senili ed arteroscle-

rotiche, la proliferazione di glia non è rilevante negli strati corticali sotto · piali.

Dall'insieme delle sue ricerche l'A. si crede autorizzato a concludere:

1). Conformemente ai risultati di DAGONET, nella paralisi progressiva l'apparato neurofibrillare non presenta che lesioni poco rilevanti e per nulla proporzionate alla gravezza dei sintomi psico-somatici.

I reperti di gravi alterazioni primarie delle neurofibrille sino alla desintegrazione e successive degenerazione granulare descritte da BRODMANN, SCHAFFER, BIELSCHOWSKY, e recentissimamente da LAIGNEL - LAVASTINE e PITULESCU non trovano conferma nelle ricerche dell'A.

Molti dei reperti descritti da SCIUTI trovano conferma in quelli dell'A., sia in ordine alle alterazioni primarie, che secondarie delle fibrille: non si notano che differenze di grado delle lesioni.

2). La conglutinazione delle fibrille, analoga a quella riscontrata da DONAGGIO negli animali sottoposti all'azione combinata del freddo e del digiuno, costituisce un reperto molto raro sia negli elementi midollari che in quelli corticali e per nulla specifico della paralisi progressiva.

3). Le alterazioni secondarie neurofibrillari, indotte da gravi alterazioni cellulari (degenerazione pigmentaria, ialina, vacuolare, stato edematoso), conformemente alle ricerche di MODENA, MODENA e FUÀ VENITEO, SCARPINI etc.) non sono molto rilevanti nè per nulla specifici.

4). Il parallelismo voluto dal PARHON tra lesioni delle sostanza cromatica e lesioni dell'apparato neurofibrillare non trovano coferma nelle ricerche dell'A.: le riserve fatte dallo SCIUTI al riguardo appaiono giustificate.

Aperta la discussione sulla comunicazione del Dott. ANSALONE prende la parola il Dott. BONFIGLIO; fa in primo luogo la difesa del metodo CAJAL: domanda poi all'A. se, coll'avere rilevato i gravi precedenti alcoolici dei paralitici presi in esame, egli intenda di avere diagnosticato delle forme di paralisi progressiva alcoolica.

Il Dott. Ansalone risponde che il metodo di CAJAL in queste sue ricerche non gli dette che risultati insufficienti, e di gran lunga inferiori a quelli di DONAGGJO, ciò che ha potuto il Dott. BONFIGLIO costatare coll'esame dei preparati esibiti in seno al congresso: non in-

tende generalizzare, conscio dei buoni risultati ottenuti col CAJAL da altri osservatori.

In ordine al secondo rilievo fatto dal Dott. BONFIGLIO, egli dichiara che nei casi in esame non fece affatto diagnosi di *paralisi progressiva* alcoolica: perchè nel corso delle ricerche cliniche egli non potette escludere una pregressa infezione luetica, in favore della quale erano invece dati rilevanti.

MONTESANO G. (Roma) comunica alcuni reperti di *lesioni di cellule nervose in un caso di afasia transcorticale*, ottenuti nelle cellule piramidali della corteccia cerebrale col metodo BIELSCHOWSKI. A giudicare dalle proiezioni microfotografiche, pare si tratti di vaste zone delle cellule, colorate intensamente in nero dal nitrato di argento. L'oratore avanza la ipotesi, si tratti di lesioni dell'apparato neurofibrillare, e lamenta di non aver potuto impiegare il metodo DONAGGIO, che avrebbe recato non poca luce sul singolare reperto.

Il Dott. ANSALONE, per quanto l'autore non faccia che una semplice ipotesi, ritiene che i reperti su cui richiama l'attenzione l'A. difficilmente possono ritenersi come lesioni dell'apparato neurofibrillare: le neurofibrille, difatti, nei prolungamenti apicali hanno un aspetto quasi normale, e non si vede nessun rapporto tra queste e le zone cellulari fortemente colorate in nero dal nitrato d'argento. Egli opina quindi che il reperto abbia un valore molto dubbio, in ordine alla patologia neurofibrillare, e che se pur deve essere preso in considerazione, con tutta probabilità lo si può interpetrare come un'alterazione peculiare di determinate zone protoplasmatiche, le quali presentano una singolare affinità argentica, donde l'eccessiva impregnazione, che raggiunge il grado di una vera precipitazione: molta luce quindi su questi reperti può essere apportata dal largo impiego dei comuni metodi che mettono in rilievo le varie alterazioni del citoplasma nervoso.

Seguono le interessanti comunicazioni del

Dott. BONFIGLIO (Roma). *Contributo alla Reazione del Wassermann nelle malattie nervose e mentali.*

Prof. PERUSINI. *Vere ed apparenti degenerazioni di fibre mieliniche nel midollo spinale.*

Prof. CERLETTI (Roma). *Nuovo reperto nel bulbo olfattorio del cane.*
» » » *Per una patologia mentale sperimentale.*

E duolci che la ristrettezza dello spazio, assegnato a questo breve riassunto degli atti del Congresso, non ci permetta in nessun modo di sintetizzarle.

5 Maggio — *Seduta antimeridiana.*

Dopo discussioni vivacissime, si votano le modificazioni allo statuto organico della Società Freniatrica Italiana, che resta così modificato:

Art. 1. — È istituita in Italia una Società col nome di « Società Freniatrica Italiana », che ha per iscopi: l'incremento degli studi freniatrici, il progresso degli Istituti manicomiali e la tutela e il vantaggio degli alienati.

Art. 2. — Oltre agli alienisti, che si considerano Soci nati, possono far parte della Società i medici, i giurisperiti, i magistrati, tutti quei cultori delle scienze naturali e filosofiche, che si prendono a cuore lo studio dell'uomo fisico nelle sue relazioni morali e sociali: tutti coloro, insomma, che in qualsiasi modo intendono di giovare alla causa degli infelici alienati.

Essi devono soddisfare a quanto è imposto dall'art. 14.

A questi Soci effettivi possono aggregarsi Soci nazionali od esteri, che verranno proposti tra i cultori della Psichiatria e delle Scienze affini, ed anche dei Soci corrispondenti esteri da scegliersi specialmente fra i giovani scienziati, che per i loro talenti o la loro operosità possono favorire lo sviluppo e gli scopi della Società medesima.

Art. 3. — La Società è rappresentata ed amministrata da un Consiglio Direttivo.

Art. 4. — Il Consiglio Direttivo è composto di un Presidente, un Vice Presidente, un Segretario generale tesoriere e 6 Consiglieri.

Art. 5. — Il Presidente, il Vice Presidente, il Segretario generale tesoriere e i Consiglieri, eletti dai Soci, a schede segrete, nei modi indicati dal Regolamento, sono proclamati nel Congresso, durano in carica da un Congresso all'altro e possono essere riconfermati.

Art. 6. — Il Consiglio Direttivo terrà le proprie riunioni nella città che sarà, volta per volta, indicata dalla Presidenza.

Art. 7. — La Presidenza della Società, sentito il Consiglio Diret-

tivo, sottoporrà *a referendum* quelle questioni di interesse scientifico o tecnico in cui sia necessario sentire il voto di tutti i Soci.

Art. 8. — La Società si radunerà in Congressi, improntati alla maggiore semplicità e speditezza, che si terranno preferibilmente in autunno, durevoli non più di cinque giorni, nelle città e nelle epoche che saranno designate dal Congresso antecedente. Potrà anche riunirsi fuori di questo periodo in Congresso straordinario, quando un terzo almeno dei Soci effettivi lo richieda alla Presidenza, indicandone la sede.

Art. 9. — Il Congresso sia ordinario, sia straordinario, nella prima adunanza sceglie un Presidente, un Vice Presidente, un Segretario ed uno o più Vice Segretari, i quali durano in ufficio soltanto per il tempo del Congresso.

Art. 10. — Il Congresso ordinario, nell' ultima seduta indica la città ove deve aver sede il successivo Congresso.

Art. 11. — La Presidenza della Società Freniatrica, in unione di Consiglio per le questioni di maggiore interesse, spiega l' azione necessaria al buon andamento scientifico ed economico della Società medesima, facendosi sopratutto esecutrice di quanto verrà stabilito nei Congressi, sia ordinari che straordinari.

Art. 12. — Nella prima adunanza di ciascun Congresso ordinario la Presidenza della Società, per mezzo del Segretario, dà conto dell' andamento scientifico ed economico del biennio antecedente, e lo presenta all' approvazione del Congresso.

Art. 13. — La Società avrà un *Bollettino ufficiale*, che ne pubblicherà gli Atti.

Art. 14. — Ogni Socio effettivo pagherà una tassa di L. 10 all' atto dell' ammissione, ed una tassa annua di L. 5; colle quali tasse verrà provvista alle spese di Segreteria e dei Congressi.

Art. 15. — Tutti gli Ufficiali prestano l' opera loro gratuitamente. La maggiore parsimonia e semplicità informa la gestione sociale.

Art. 16. — Lo Statuto non potrà essere modificato in alcuna sua parte che dal Congresso ordinario e dietro proposta di almeno 10 soci. Tali proposte devono essere inviate alla Presidenza della Società almeno un mese prima della data stabilita per il Congresso, affinchè tutti i Soci possano prenderne cognizione, prima dell' apertura del Congresso.

Disposizioni Transitorie

La Società domanda al Consiglio Direttivo la riforma del Regolamento interno, onde questo venga coordinato alle modificazionioni apportate allo Statuto.

5. Maggio. — *Seduta pomeridiana.*

II. TEMA. NOSOGRAFIA DELLA PARANOIA.

(Rel. Cappelletti, Esposito, Franchini, E. Riva)

Conclusioni della relazione **Cappelletti - Riva.**

I. — La paranoia è una anomalia originaria essenzialmente rappresentata da quella speciale condizione della psiche difinita « costituzione paranoica. »

II. — Forti rappresentazioni emotive determinano in taluni casi, ma rari, l'insorgenza di veri e propri deliri sistematizzati.

III. — Sopra questa costituzione anomala si possono sviluppare psicosi le quali, per la preesistenza di questa costituzione, assumono un colorito speciale.

IV. — Una certa affinità può talora riscontrarsi tra le manifestazioni deliranti della pazzia morale e della paranoia. Nella pazzia morale il delirio è fenomeno sovraggiunto di cui con facilità è dimostrabile l'origine primitivamente affettiva, come reazione dell'egocentrismo alla opposizione o alla coercizione dell'ambiente; nella paranoia il delirio si riferisce direttamente al difetto costituzionale dei poteri critici e ne rappresenta la continuazione esagerata, per motivo occasionale, sino al paradosso.

V. — La paranoia è inguaribile; non è escluso però che episodi deliranti determinati da forti rappresentazioni emotive abbiano decorso transitorio.

Relazione ESPOSITO - RIVA.

Per ragioni di spazio, riportiamo integralmente solo la relazione del Prof. Esposito, cui appartengono le sole conclusioni VI e VII.

« Il mio collaboratore dott. Riva ha, con lo studio critico-storico dimostrato quale dev'essere il concetto nosologico della paranoia, e come siano da scartare le cosidette paranoie acute, le paranoie tardive sistematiche allucinatorie, le paranoie periodiche, e la demenza precoce paranoide.

Nella speranza di non tradire l'incarico affidatomi, io mi sono intrattenuto principalmente sui rapporti della paranoia colla psicosi maniaco - depressiva, e sul delirio querulomane dei carcerati, due argomenti venuti in discussione di recente, di grande importanza sia per la tassinomia psichiatrica, sia per il diagnostico differenziale, e che non hanno avuto in Italia nessuna speciale trattazione.

Circa i rapporti della paranoia con la psicosi maniaco - depressiva, io mi trovo in perfetto accordo coi correlatori Cappelletti e Franchini, quindi accennerò alla trattazione che ne ho fatto senza tediare il Congresso, poichè essi hanno già esposto le loro argomentazioni. Lo Specht ha giustamente notato in molti di coloro, che sopportano la diagnosi di paranoja, la presenza di stati fondamentali — con tutti i caratteri, nessuno escluso — della mania o della melancolia. Questi sono casi di vera psicosi maniaco - depressiva, e la paranoia non ha nulla a vederci. Ma ce ne è di altri, più rari, in cui, rispetto agli stati maniaci, le idee morbose sono di formazione più lenta, monotone e quasi invariabili; manca la distraibilità; v'è riservatezza e tenacia nel contegno, e l'umore non ha che lievi fluttuazioni, come pure l'eccitabilità emotiva; la prognosi è infausta e non compaiono puri stati di eccitamento nè di depressione. E rispetto agli stati melanconici ci sono malati che, per quanto non dimostrino, hanno fervore di idee e si interessano all'ambiente; si ribellano, sono più spesso violenti contro gli altri, e non guariscono e non hanno fasi di eccitamento vero. Gli uni e gli altri sono paranoici e lo dicono le differenze di origine, di decorso e di esito, che esistono di fronte ai maniaci o ai melanconici con delirio grandeggiante o persecutorio.

Concludo: paranoia e psicosi maniaco - depressiva sono forme

morbose diverse, le quali offrono talora campo a un diagnostico differenziale.

Del delirio querulomane dei carcerati si è discusso di recente se appartenga alla paranoja, e, anzi, vi si è cercata una soluzione indiretta al problema clinico dalla paranoia.

Anzitutto bisogna dirimere una contraversia; perchè non tutti sono d'accordo nel ritenere i querulomani come paranoici. Ed hanno ragione, in quanto non sono paranoici quei malati che Kraepelin ha distinti con la denominazione di pseudo-querulanti, classificandoli semplicemente tra le personalità psicopatiche. Non si tratta qui in fatti di malattia in senso stretto. Ma i soggetti in cui vi è sistemazione delirante del circuito ideativo, completa impossibilità alla persuasione, lenta estensione delle idee di persecuzione ad un numero sempre crescente di persone, "*partenza da un solo punto di tutto lo svolgimento psichico* (sottolineo anche io e particolarmente questo carattere) punto che è sempre presente e che serve sempre di nuovo a riannodare tutte le idee successive e tutte le azioni " (Kraepelin) sono prettamente dei paranoici.

Chiarito questo punto, torno alla querulomania dei carcerati, argomento in cui le mie conclusioni dissentono alquanto da quelle dei colleghi Cappelletti e Franchini.

Si tratta di malati che subiscono fortemente l'azione dell'ambiente e del trattamento: trasferiti dal carcere all'ospedale, si fanno tranquilli e migliorano, e pur, conservando le loro idee deliranti, non le sviluppano. Liberati, conservano una pallida ombra della malattia, tanto che il corso del pensiero e la condotta possono farsi normali. Ricondotti in carcere tornano a delirare. Nei condannati a vita (Ruedin) la querulomania prende un decorso cronico progressivo con indebolimento mentale. La malattia è, dunque, in stretta dipendenza da influssi esterni e psicologicamente ben comprensibile. Willmanns la ritiene equivalente alla querulomania di Kraepelin, con la sola differenza del grado della degenerazione fondamentale. Egli dice che ha osservato casi — e con lui Friedmann — di querulomani in cui il malato, messo in ambiente appropriato, si calma e interrompe l'elaborazione del delirio, pur conservandolo. Non si tratta, e nei querulomani veri e nei querulomani carcerati, di malattie in senso stretto

(alterazione cerebrale organica) ma di traviamenti, su un fatto emotivamente accentuato, dello sviluppo di determinate forme degenerative. Da osservazioni di malati allo stato libero, che sono caduti (in un caso dopo 25 anni) in indebolimento mentale, il WILLMANNS è portato ad attenuare il significato della prognosi, nel senso che ritiene dimostrato che anche forme, le quali rappresentano un traviamento di sviluppo di determinate forme degenerative possono avere un esito che noi ritenevamo caratteristico per le psicosi organiche. (S' impone, perciò, secondo l' A., anche la revisione d' un piccolo gruppo della demenza precoce paranoide).

Io non divido tali opinioni, pur non avendo avuto molto in pratica delle psicopatie in carcerati.

Che la querulomania, forma della paranoia, e la querulomania dei carcerati nascano e si sviluppino su un terreno degenerativo, è vero; ma ciò non basta per farne tutta una cosa, a scanso di far diventare identiche tutte le psicopatie insorgenti su fondo degenerativo. Già lo stesso WILLMANNS ha notato nelle forme dei prigionieri, la frequente coincidenza di paralisi isteriche, di stati crepuscolari di GANSER, di altre psicosi della prigionia, di neurosi da infortunio; e sottolinea la facilità con la quale la querulomania si sviluppa nei traumatizzati, nei cacciatori alla rendita, e la tendenza al contagio psichico. Clinicamente tutto ciò mi sembra ben diverso dalla paranoia Kraepeliniana. Diversamente poi reagisce il paranoico alle condizioni di ambiente. In un soggetto al quale io avevo procurato l' effettuazione dei propri desideri, e da cui attendevo una qualche favorevole modificazione, potei costatare che la querulità era più viva che mai e tale si mantenne nelle migliori condizioni di vita libera. Nè mi par giusto l' infirmare, a cuor leggiero il criterio degli esiti. Uno o qualche malato può, a lungo andare, presentare notevoli segni di deficit intellettuale. Ma prima che da ciò si possa essere autorizzati a modificare il criterio prognostico della paranoia, bisogna dimostrare che la demenza sopraggiunta non abbia speciale origine, per cause individuali, per associazioni morbose etc. di natura esogena o endogena. Il valore del caso singolo deve essere sempre molto attenuato agli effetti della dottrina clinica.

In conclusione, io voglio per la paranoia un grado forte di dege-

nerazione e una prognosi infausta; ci voglio che l'ambiente esterno non possa avere, sul destino ulteriore della malattia, un influsso decisivo: e penso che la querulità dei prigionieri sia da tener separata dalla paranoia.

Come SPECHT ha dimostrato che in alcuni stati depressivi della psicosi maniaco-depressiva si possono avere gli elementi per la costituzione di un delirio paranoico (apparentemente paranoico, dico io) così penso avvenga in alcuni prigionieri, date le loro particolari condizioni psicologiche, rispetto alla querulomania. Son poi tentato di ricondurne qualche caso alla psicosi maniaco-depressiva. Almeno a ciò mi induce una mia osservazione, in cui fluttuazioni dell' umore si sono verificate, malgrado rimanessero immutate le condizioni esterne, e tali fluttuazioni avevano larga eco sul contenuto ideativo e sull' elaborazione delirante del soggetto. Altri casi vanno assegnati a quelle forme di personalità psicopatiche con degenerazione piuttosto mite, le quali invece di prendere dalla vita giornaliera gli spunti al litigio, hanno bisogno di qualche fatto più importante e che li interessi più strettamente.

Altri, infine, sono dei puri isterici: isterici traumatici, per trauma morale, e subiscono, infatti, il decorso e la prognosi dell'isteria traumatica.

Conclusioni — ESPOSITO — E. RIVA.

I. — La paranoia vera è una forma di alterazione psichica costituzionale degenerativa, che colpisce prevalentemente la sfera intellettiva ed è sostenuta da un sistema delirante incrollabile, non influenzato ordinariamente da disturbi allucinatori e che non turba la lucidezza mentale e lascia integra la volontà.

II. — Essa si sviluppa in modo lento e progressivo, ha un decorso cronico e non cade mai, o solo qualche rara volta, ed in questi casi assai tardi, in completa e vera demenza.

III. — Nel quadro della paranoia vera debbono quindi soltanto rientrare i paranoici nel senso di KRAEPELIN e TANZI (querulanti, perseguitati, erotici, ambiziosi), mentre le altre forme, sostenute esse pure

da idee deliranti, ma aventi decorso dissimile e per la guaribilità, e per l'esito in demenza, e per l'insorgere assai tardivo e secondario del delirio, trovano il loro posto in altri gruppi nosografici.

IV. — Così faranno parte della *demenza precoce paranoide* tutti quei casi in cui le idee deliranti accompagnate da svariate ed imponenti allucinazioni, sono incoerenti, instabili, non si organizzano in un sistema ben delineato e vengono, in tempo relativamente breve, sopraffatte da una completa demenza; la *paranoia acuta* potrà conglobarsi colla demenza paranoide, o rappresentare un semplice episodio di una *psicosi tossica* o della *frenosi maniaco-depressiva; la paranoia tardiva sistematica,* caratterizzata da disturbi sensoriali intensi e frequenti, in individui già avanti in età e da un rapido volgere in demenza, potrà rientrare nella *demenza senile;* la *paranoia periodica* rientrerà senz'altro nella *frenosi maniaco-depressiva.*

V. — Rimangono quei casi che, come non possono ascriversi alla paranoia perchè il delirio non è uniforme e sistematico, perchè le allucinazioni sono intense e numerose, perchè presentano sempre un certo *deficit* mentale, così non possono neppure rientrare nella demenza precoce paranoide, perchè il loro esito non è la completa demenza, perchè il delirio ha una certa stabilità. Son quei casi che alcuni classificano come *paranoie fantastiche* e più giustamente il TAMBURINI raggruppa in una forma intermedia, la *psicosi paranoidea.*

VI. — Ristretto così il concetto clinico della paranoia, ed eliminate segnatamente le forme periodiche, le acute e le guaribili, è da rigettare l'opinione che la paranoia appartenga per intero alla psicosi maniaco-depressiva (SPECHT). — Le considerazioni di natura psicologica possono far sembrare verosimile questa ipotesi, i fatti clinici, sia sintomatologici che di decorso e di esito depongono in senso assolutamente contrario.

VII. — La psicosi dei prigionieri, quando riveste la forma querula, ha diverso significato dalla paranoia pura, e o colpisce personalità con grado mite di degenerazione, o appartiene all'isteria o forse alla psicosi maniaco - depressiva.

6. Maggio. — *Seduta antimeridiana.*

TEMA IV. SULLE CONDIZIONI MORALI ED ECONOMICHE DEI MEDICI E DEGLI INFERMIERI DEI MANICOMI PUBBLICI E PRIVATI.

(Relatori TAMBURINI, MONGERI, SCABIA).

Pienamente disposta a lasciare d'ora innanzi, se verranno accettate le proposte presentate di modificazione dello Statuto della Società Freniatrica, all'Associazione professionale dei Medici dei Manicomi la trattazione degli interessi professionali, la Presidenza della Società Freniatrica ha creduto suo obbligo di mantenere in questo Congresso il tema fissato da quello di Venezia sulle *condizioni economiche e morali dei Medici e degli Infermieri dei Manicomi pubblici e privati,* tanto più che in questo tema, che al Congresso di Venezia fu quello che raccolse il maggior numero di voti, è compreso anche ciò che concerne gli Infermieri dei Manicomi pubblici e i Medici e gli Infermieri dei Manicomi privati, di cui l' Associazione suddetta non si è punto finora occupata. E d' altra parte poichè nella sua ultima riunione quella Associazione ha formulato un *Memoriale* in cui sono esposti dei voti, che concernono tutto il servizio e l'andamento interno dei Manicomi, voti che sono per buona parte la ripetizione e l'esplicazione di molti di quelli già approvati al Congresso di Venezia, così si è creduto opportuno, per la parte che riguarda il Servizio Sanitario dei Manicomi pubblici, di prendere in esame quel Memoriale e sottoporne alla discussione e al voto del Congresso quelle parti, che non furono trattate in quello di Venezia. E per ciò che concerne gli Infermieri, di prendere in esame e sottoporre all'approvazione i *desiderati* da essi formulati nel *Progetto di Regolamento tipo della Federazione Nazionale degli Infermieri,* presentato al Ministro dell'Interno e alla Camera dei Deputati. Per ciò che riguarda i Manicomi privati, di trarre i dati da una inchiesta appositamente fatta dalla Presidenza della Società su tali Istituti, affidando l'incarico di ricavarne gli opportuni corollari al Correlatore Dr. MONGERI, il quale, essendo stato parecchi anni Direttore di Istituti privati, è pienamente in grado, di conoscerne e valutarne le condizioni e i bisogni.

Così la Società Freniatrica, prima di abbandonare totalmente,

ove ciò sia deliberato, alle organizzazioni di classe la trattazione degli interessi professionali di quegli che si dedicano alla cura e alla custodia degli alienati, avrà fatto ancora una volta sentire la voce a prò di questi interessi, che investono e integrano tutta la vita interna degli Istituti Manicomiali.

I.

Servizio Sanitario dei Manicomi pubblici.

I. — *Gerarchie e mansioni dei Medici di Manicomio;*

1.° — Si propone di approvare il concetto di una giusta *autonomia dei Medici di sezione* in relazione:

a) alla cura dei malati e alla responsabilità del servizio tecnico e disciplinare dei rispettivi reparti;

b) alla parte che essi debbono avere nelle ammissioni e dimissioni dei malati e ai rapporti colle rispettive famiglie.

Il che risponde al disposto dell'Art. 32 del nuovo Regolamento di Stato sui Manicomi riguardo alle funzioni dei Medici, e si concilia pienamente col disposto dell'Art. 28 riguardo all'autorità e alle mansioni del Direttore.

2.° — La gerarchia e le mansioni secondo le proposte del Memoriale, riguardo ai Medici primari ed ordinari, al Vice Direttore, al Medico rettore e ai medici praticanti;

II. — *Proporzione dei Medici coi malati*, già approvato dal Congresso di Venezia (1 a 100 escluso il Direttore, il Settore e i praticanti);

III. — *Stipendi, aumenti e compensi speciali ai Medici;*

Si propone di approvare le proposte formulate nel sudd. Memoriale;

IV. — *Orario* — Id.

V. — *Riposo settimanale e permessi annui* — Id.

VI. — *Malattie, disponibilità* — Id.

Infortuni: già approvate proposte eguali al Congresso di Venezia.

VII. — *Misure disciplinari.* — Si propone di approvare le proposte del Memoriale.

VIII. — *Diritto a pensione, reversibilità delle pensioni.* Proposte già approvate al Congresso di Venezia.

IX. — *Nomine dei Medici — Concorsi.* Proposte già approvate al Congresso di Venezia.

X. — *Consiglio Sanitario.* Si approva la sua istituzione in ogni Manicomio, secondo le proposte del Memoriale.

XI. — *Rapporti fra Manicomi e Cliniche psichiatriche.* Si confermano le proposte già approvate dal Congresso di Venezia.

XII. — *Farmacista, nomina ecc.* Si propone l'approvazione delle proposte del Memoriale.

XIII. — *Preparazione dei bilanci — Economo, impiegati dell'Economato ecc.* Si approvano le proposte del Memoriale.

II.

Infermieri dei Manicomi pubblici.

Si propone l'approvazione complessiva dei postulati formulati dalla Federazione degli Infermieri nel Progetto di Regolamento tipo, quale fu compilato da una Commissione di Consulenti della Federazione composta dei Prof. Montesano, Rossi Doria e Amante per la parte tecnica, e degli On. Barzilai e Mazzolani per la parte legale e che ebbe l'approvazione di molti Direttori e Medici di Manicomi.

Questo Progetto di Regolamento tende:

a) a rendere uniformi le normi vigenti pel servizio degli Infermieri in tutti i Manicomi;

b) ad elevare, col mezzo di un razionale e completo insegnamento professionale obbligatorio, il livello intellettuale e morale degli Infermieri;

c) a migliorare proporzionalmente le condizioni economiche degli Infermieri e assicurare, con diritto a pensione, l'avvenire di essi e delle loro famiglie.

Le proposte del Regolamento sudd. che si propone di appoggiare concernono i seguenti punti:

1. — *La scuola degli infermieri* — Ammissione — Durata. (2 anni) — Esami — Certificati: titoli per le promozioni.
2. — *L' età* per l' ammissione in servizio (dopo il periodo d' insegnamento professionale) dai 21 ai 25 anni per ambo i sessi.
3. — *Biennio d' esperimento* senza differenza di stipendio (salvo gli aumenti successivi).
4. — *Numero dei malati in consegna:* Proporzione da 1 a 20 per malati tranquilli; 1 a 8 per gli agitati.
5. — *Orario di servizio.* — Ore 9 e mezzo di servizio ogni giorno
6. — *Stipendi* Infermieri da L. 75. a 130 e Infermiere da L. 50 a 100 secondo l' importanza e il costo della vita nelle singole città (senza vitto, salvo nelle ore di servizio in più. Attualmente le richieste sono aumentate).
7. — Aumenti quadriennali di 1[10 per 4 quadrienni.
8. — Pensione — Dopo 20 anni 4[5 dello stipendio, dopo 25 stipendio, intero. Pensione estesa alle vedove e ai figli.

Si propone di aggiungere:

a) *La reciprocanza delle pensioni fra i vari Manicomi* anche per gli infermieri.

b) *L' Assicurazione contro gli infortuni.*

9. — *Malattie* — Pagamento dello stipendio intero per i primi 6 mesi di malattia: metà per i 6 mesi successivi: indennità di servizio in caso di riforma.
10. — *Permessi* — 20 giorni all' anno.
11. — *Norme disciplinari* — Rappresentaza del personale degli Infermieri nella Commissione disciplinare.

N. B. — La maggior parte di queste proposte per gli Infermieri di Manicomi sono comuni agli Infermieri degli Ospedali.

La Federazione degli Infermieri sta ora rivedendo le proposte di questo Regolemento formulate nel 1907 per chiedere ulteriori miglioramenti (i suaccennati in parecchi Istituti sono riaggiunti) riguardo agli stipendi.

ORDINE DEL GIORNO:

Il XIV Congresso della Società Freniatrica Italiana, riunito in Perugia raccomanda al Governo e alle Amministrazioni dei

Manicomi di prendere in considerazione e provvedere all'attuazione delle proposte formulate.

a) *dai medici dei Manicomi pubblici nel Memoriale da essi presentato riguardo alla organizzazione del servizio sanitario e alle condizioni economiche del personale medico.*

b) *Degli Infermieri dei Manicomi nel progetto di Regolamento - Tipo pel personale d'assistenza riguardo, alla elevazione della loro coltura ed educazione professionale alla organizzazione uniforme del loro servizio ed al miglioramento delle loro condizioni economiche.*

Messo ai voti, l'ordine del giorno è approvato ad unanimità.

PROPOSTE DI PROVVEDIMENTI PER I MEDICI E PER GLI INFERMIERI DEI MANICOMI PRIVATI.

(REL. L. MONGERI).

Stipendi. — Gli stipendi del personale sanitario e d'assistenza devono essere fissati entro un limite minimo dalle Autorità tutorie, giacchè è evidente che gli stipendi di *fame*, che ora si pagano in certi stabilimenti sanitari vanno a danno degli ammalati.

Le esigenze odierne della vita e il suo rincaro sono tali, che è materialmente impossibile ad un medico vivere col solo ammontare del suo misero stipendio, egli è, quindi, spinto a trascurare lo stabilimento e gli ammalati, che gli sono affidati per cercare con altri mezzi di aumentare i suoi introiti.

In ugual modo si deve procedere per il personale d'assistenza. Questo, infatti, nei frenocomi privati si trova in contatto con persone di educazione ed istruzione superiori, dovrebbe perciò essere composto di elementi sceltissimi, mentre oggi, manco a dirlo, è dato in genere, dallo scarto dei manicomi pubblici.

Stabilità. — Abbiamo detto che esempi pratici, hanno addimostrato come sia necessario, perchè anche un manicomio privato possa funzionare bene e senza danno per gli ammalati che vi si curano, che il medico direttore ne sia *realmente* il dirigente; per ottenere ciò occorrono due condizioni, senza le quali mai un direttore potrà godere della sua autorità piena ed intera.

Anzizutto il direttore deve essere sicuro di trovare nelle autorità quel valido appoggio che la Legge gli accorda. É perciò necessario che le *Commissini di Vigilanza e gli Ispettori generali* non figurino solamente sulla carta, ma che esistano e lavorino realmente. E quando egli avrà questo appoggio, è necessario che sia sicuro di avere ancora la sua stabilità, giacchè altrimenti gli amministratori avrebbero facile giuoco per liberarsi di direttori così incomodi. Propongo perciò che il licenziamento d'un medico direttore di manicomio privato non possa essere fatto direttamente dalle Amministrazioni, bensì dalle Autorità Prefettizie, alle quali quelle drovranno far conoscere le ragioni motivate, che le decidono a richiedere questo provvedimento, libero il Prefetto o chi per esso, sentita la difesa del medico direttore, di confermare o meno il licenziamento.

Per il licenziamento degli altri medici dovrebbero essere adottate le misure dettate dall'art. 27 del Regolamento, deferendo al Prefetto, od a chi fa le sue veci, quella autorità, ch'è concessa al Consiglio Provinciale, ecc.

Assicurazioni sugl' infortuni. — Tutte le Amministrazioni devono essere obbligate ad assicurare il loro personale sanitario, d'assistenza, ecc. contro gl' infortuni.

Pensioni. — La mancanza d'una stabilità reale non permette di esigere dalle Amministrazioni delle Case di salute private la creazione d'una *cassa pensione*, sembrami però che il problema dovrebbe essere facilmente risolto coll' iscrizione obbligatoria di tutto il personale in una delle tante « Casse Pensioni » che esistono. L'Amministrazione pagherebbe per tutto quel tempo che l'inscritto sarebbe al suo servizio, lasciando poi a carico di questi il pagamento dei premi quando, per una ragione qualsiasi, venisse a cessare dal suo ufficio.

5. Tema generale. — Le registrazioni e le pubblicazioni periodiche manicomiali pei fini di una statistica metodica ed uniforme in Ita-

lia, anche a contributo delle ricerche dell' Istituto internazionale per profilassi delle malattie mentali. (Relatori: Dott. P. Amaldi, Prof. G Antonini, Dott. U. Masini).

CONCLUSIONI

I.

Le registrazioni e le pubblicazioni periodiche manicomiali ai fini d' una statistica nazionale e sue applicazioni pratiche, nonchè a contributo di più vaste ricerche coordinate a quelle d' altri paesi a scopo scientifico e sociale, si riferiscono a due grandi ordini di fatti e che si svolgono nella sfera di osservazione e di azione del manicomio:

a) fatti di interesse principalmente nosologico: *statistica nosologica:*

b) fatti di interesse principalmente tecnico: *statistica tecnica.*

II.

La *statistica nosologica* d' ogni manicomio deve fornire il censimento annuo delle diverse forme morbose distinte in *gruppi*, generalmente accettati, perchè sufficientemente caratterizzati o dal punto di vista eziologico o da quello patogenetico o da quello clinico.

Viene adottata la seguente nomenclatura di gruppi nosologici:

1. — Cretinismo ed altre Psicosi distiroidee.
2. — Frenastenie cerebropatiche.
3. — Frenastenie essenziali.
4. — Pazzia morale.
5. — Psicosi nevrasteniche e forme affini.
6. — Psicosi epilettiche.
7. — Psicosi distimiche (frenosi maniaco-depressiva in tutte le sue forme, mania, melanconia, stati misti, forme periodiche)
8. — Psicosi demenziali (demenza precoce o primitiva, frenosi sensoria cronica).
9. — Paranoia.
10. — Psicosi senili e involutive.
11. — Paralisi progressiva.
12. — Demenze in encefalopatie organiche.

13. — Alcoolismo.
14. — Psicosi pellagrose.
15. — Psicosi acute amenziali e delirio acuto.

III.

La statistica nosologica d'ogni manicomio fornisce il censimento annuo dei varii gruppi di forme morbose presentate dagli *ammessi* e dagli *usciti* (dimessi o morti) — sempre distinguendoli nei due sessi — prospettando i varii gruppi nosologici convenuti secondo i seguenti punti di vista in altrettante tavole (per alcune delle quali presentiamo il modulo a titolo di proposta):

I. — n.° degli *entrati per la prima volta.*
» » » *per riammissione dopo guarigione pregressa.*
» » » *per riammissione senza guarigione pregressa.*
n° degli *usciti guariti.*
» » » *migliorati*
» » » *in condizioni stazionarie*
» » » *morti*
» » » *evasi;*

II. — n.° degli *entrati con forma nuova* (gli entrati per la prima volta, più i riammessi dopo guarigione pregressa) distinti nei gruppi nosologici, in confronto all' *età.*

III. — n.° degli *entrati con forma nuova* in confronto alla *professione*;

IV. — n° degli *entrati con forma nuova* in confronto alla *eredità diretta, atavica e collaterale e disposizione familiare;*

V. — n° degli *entrati con forma nuova* in confronto al fattore eziologico presumibilmente più importante:

VI. — n° degli *usciti* distinti per gruppo nosologico in
a) guariti-migliorati
b) in condizioni stazionarie
c) morti
in confronto alla *durata della degenza*;

VII. — n° dei *morti* dei varii gruppi nosologici in confronto all' *età;*

VIII. — n° dei *morti* in confronto alla *causa prossima di morte.*

Inoltre la statistica nosologica darà il *totale delle presenze nell'anno,* (vale a dire la somma dei presenti nei 365 giorni dell'anno) e i totali delle presenze nei varii mesi dell' anno.

IV.

La *statistica tecnica* prende in considerazione quei fatti caratteristici della vita e della funzione del manicomio (manifestazioni tipiche degli alienati di mente, modalità di trattamenti di essi, ecc.) che nel loro insieme assumono particolare interesse. Sulla scorta cioè dei rapporti giornalieri vengono raccolti mensilmente:

il numero dei *febbricitanti*
» » » *diarroici*
» » » *sitofobi*
» » » *convulsionari*
» » » *violenti*
» » » *clamorosi nella notte*
» » » *malati curati a letto*
» » » *malati isolati*
» » » *malati assoggettati a mezzi di contenzione meccanica*
» » » *malati assoggettati a mezzi di sostenzione chimica.*
» » » *malati sudici*
» » » *malati che hanno fatto bagni di nettezza*
» » » *malati curati col bagno protratto*
» » » *malati applicati al lavoro* (secondo le varie lavorazioni).

V.

Tutti questi dati di statistica nosologica e di statistica tecnica verranno raccolti in ogni manicomio in una Relazione annua. Questa Relazione, oltre alle altre notizie d' ordine clinico, scientifico e pratico che potrà accogliere, darà cenno sommario delle innovazioni avveratesi sia nella edilizia come nella organizzazione dell' istituto.

VI.

La Direzione d'ogni manicomio compilerà la Relazione medico-statistica entro il primo trimestre di ogni anno e la farà pervenire alla Presidenza della Società Freniatrica, che in un annuario statistico, edito espressamente e da pubblicarsi entro il maggio di ogni anno, raccoglierà le Relazioni medico-statistiche, che saranno state spedite in tempo.

Dott. P. AMALDI

La Presidenza della Società Freniatrica propone Palermo come sede del prossimo Congresso; la proposta viene approvata ad unanimità.

Temi pel prossimo Congresso:

I.) Nosografia della frenosi maniaco-depressiva.
Rel. TAMBRONI, ALBERTI, RUATA, PADOVANI.

II.) La Psico-analisi come metodo di indagine e terapia.
Rel. MODENA, BARONCINI LUIGI, MANZONI, ASSAGIOLI.

III.) Eziologia e patogenesi delle psicosi in relazione alla fisiopatologia delle ghiandole a secrezione interna.
Rel. ESPOSITO, EMILIO RIVA, ARRIGO TAMBURINI.

IV.) Anatomia patologica delle frenastenie.
Rel. PERUSINI, BONFIGLIO.

V.) Pazzia e criminalità nell'esercito.
Rel. CONSIGLIO, BUCCIANDE.

Nocera Inf. 31 Moggio '911

Dott. G. Ansalone.

Donath — Die Behandlung der progressiven *(Levi Bianchini) pag.* 343
Buddee — Ueber Bechenversuche an Gesunden und Unfallkrauken nach der Methode der fortlaufenden Additionen *(Levi Bianchini)* . . . . » 345
Ramadier et Marchand — Paralysie gènèral juvènile *(Levi Bianchini)* . . . . » 346
Wiehl — Sogenannten Krisen bei Geisteskranken *(Levi Bianchini)* » 348
Nitsche — Ueber chronisch — maniscke Zustände: zugleick Beitrag zur Lehre von den hrankhaften Persönlichkeiten *(Levi Bianchini)* . . . . » 349
Kutner — Ueber katatonische Zustandsbilder bei Degenerierten — Beitrag zur Kenntniss der Degenerationspsychosen *(Levi Bianchini)* . . . . » 350
Forster — Fall von Zwangreden *(Levi Biauchini)* . . » 351
Wilmanns — Statitische untersuchungen ueber Haftpsycosen *(Levi Bianchini)* . . . . » ivi
Raecke — Ueber Fursorgeerzichung im State New - York *(Levi Bianchini)* . . . . : . . » 356
Frotscher und Becker — Sauerstoflbäeder in der Irrenpflege *(Levi Bianchini)* . . . . » 357
Müller H. — (Aufsichtsarzt (medico Ispettore) der Familienpflege zu Leipzig): Die Familienpflege in der Stadt Leipzig *(Levi Bianchini)* . . . . » 358
Fusco P. — Eredo-sifilide, demenza paralitica e colera *(Fusco P.)* » ivi

Necrologia — Luigi Scarano — *(Fronda)* . . . . » 361

Resoconto del XIV Congresso della Società Freniatrica Italiana in Perugia, 3 e 7 maggio 1911 *(G. Ansalone)* . » 363

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

Anno	Interno	Lire 8, 00
	Estero	» 10, 00
Un numero separato		» 3, 50

L' annata consta di 3 fascicoli di 150 pagine ciascuno

Direzione ed Amministrazione presso il Manicomio Interprovinciale V. E. II. in Nocera Inferiore.

Le monografie da doversi pubblicare si dirigano al Prof. Domenico Ventra.

Per gli abbonamenti e la pubblicità dirigersi al Dottor Francesco Lener, (Primario) Segretario della Redazione.

Gli Autori ricevono in dono 50 copie dei lavori originali.